

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



Depressão pós-parto: Fatores de risco em mães de bebés pré-termo

Susana Patrícia de Melo Pepe Pereira

Mestrado Integrado em Psicologia

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



Depressão pós-parto: Fatores de risco em mães de bebés pré-termo

Susana Patrícia de Melo Pepe Pereira

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

Mestrado Integrado em Psicologia

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016



## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor João Justo, pelos inúmeros ensinamentos, pela disponibilidade constante e por nunca me deixar desmotivar perante as dificuldades. É um exemplo de trabalho e dedicação. O seu apoio foi muito importante ao longo deste percurso.

A todos os profissionais do Centro Hospitalar de Lisboa Central e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa que autorizaram a facilitaram a recolha da minha amostra. Especialmente a Dr.<sup>a</sup> Lília Brito, a Dr.<sup>a</sup> Teresa Tomé, a D.<sup>a</sup> Maria José e D.<sup>a</sup> Sandra.

Ao meu Lucas, por ser o meu grande apoio, a minha outra metade, o meu equilíbrio. Não há palavras suficientes para te agradecer.

À Sara Joana, à Sofia e ao Gonçalo, por serem os melhores irmãos do mundo e me darem tanta força. Dão cor à minha vida.

Às minhas amigas, especialmente à Marta, à Filipa e à Rita, que partilharam comigo o curso, mas que ficarão para o resto da vida.

À minha família, especialmente aos meus pais e aos meus avós, por acreditarem sempre no meu trabalho. Esta conquista também será vossa.

A todas as mães e bebés que partilharam comigo um pouco de si e das suas histórias. Este é um trabalho sobre vós e para vós.

Obrigada.



## RESUMO

**Introdução:** A depressão pós-parto é um sério problema de saúde mental cuja probabilidade de incidência é mais elevada entre as mães de bebês pré-termo do que entre as mães de bebês de termo. A experiência de maternidade é diferente em cada um dos grupos, sendo que as vivências específicas das mães dos bebês pré-termo parecem estar associadas a uma vulnerabilidade psicológica acrescida.

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo compreender se variáveis como a percepção de competência para a maternidade, percepção do temperamento do bebê, percepção de stresse e percepção de apoio social funcionam como fatores que predisõem ou protegem as mães dos bebês pré-termo face à depressão pós-parto.

**Procedimento:** Na Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, foram recolhidos dados acerca de 25 mães de bebês pré-termo (2-14 meses de idade cronológica), através dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Sentimento de Competência Parental (Ferreira, Veríssimo, Santos, Fernandes & Cardoso, 2011), Escalas da Culpa e da Vergonha (Geada, 2003), Questionário de Características do Bebê (Carneiro, Dias, Magalhães, Soares, Rangel-Henriques, Silva, Marques & Baptista, 2013), Questionário da Diferença Bebê Imaginário vs. Bebê Real (Chagas, Maltez, Miranda & Justo, 2015), Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999), Escala de Percepção de Stresse (Pais-Ribeiro & Marques, 2009) e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996).

**Resultados:** As análises de regressão múltipla permitiram verificar que a eficácia e a satisfação com o papel materno, os medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebê, a percepção de apoio social na relação íntima e nas atividades sociais bem como a percepção materna de stresse se associam à depressão pós-parto na amostra do presente estudo. As variáveis relativas à idade do bebê no momento da alta, ao género do bebê, à história passada de interrupções de gravidez e à vivência de complicações de saúde do bebê durante a gravidez surgiram, igualmente, como associadas à sintomatologia depressiva no período pós-parto.

**Conclusão:** Percepções maternas face ao papel materno, face ao bebê pré-termo e face ao período pós-parto e variáveis pediátricas e obstétricas dão contributos significativos para a explicação da sintomatologia depressiva pós-parto em mães de bebês pré-termo.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto; bebê pré-termo; fatores de risco; percepção materna.





## ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum depression is a serious mental health problem with higher probability of incidence among mothers of preterm babies than among mothers of term babies. Motherhood experience is different in each group, and the specific experience of mothers of preterm babies appears to be associated with increased psychological vulnerability.

**Objective:** This study aims to understand whether variables as perception of competence towards motherhood, perception of the baby's temperament, perception of stress and perception of social support work as factors that raise the probability or protect against postpartum depression.

**Procedure:** In the Developmental Consultation of Maternidade Dr. Alfredo da Costa, data were collected about 25 mothers of preterm babies (2-14 months of chronological age), through Portuguese adaptations of the following instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Parenting Sense of Competence Scale (Ferreira, Veríssimo, Santos, Fernandes & Cardoso, 2011), Scales of Guilt and Shame (Geada, 2003), Infant Characteristics Questionnaire (Carneiro, Dias, Magalhães, Soares, Rangel-Henriques, Silva, Marques & Baptista, 2013), Questionnaire on the Difference between the Imaginary Baby and the Real Baby (Chagas, Maltez, Miranda & Justo, 2015), Satisfaction with Social Support Scale (Pais-Ribeiro, 1999), Perceived Stress Scale (Pais-Ribeiro & Marques, 2009) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996).

**Results:** Multiple regression analysis allowed to verify the effectiveness and satisfaction with the maternal role, the mother's fears related to the meaning of the baby's behaviour, the perception of social support in the intimate relationship and in social activities as well as the maternal perception of stress are associated with postpartum depression in this study sample. The variables related to the baby's age at discharge, baby's gender, past history of abortions and baby's health complications during pregnancy emerged also as associated with depressive symptoms in the postpartum period.

**Conclusion:** Maternal perceptions about the maternal role, about the preterm baby and about postpartum period and paediatric and obstetric variables give significant contributions to the explanation of postpartum depressive symptoms in mothers of preterm babies.

**Keywords:** postpartum depression; preterm baby; risk factors; maternal perception.



## Índice

1.	Enquadramento teórico.....	1
1.1.	O período pós-parto.....	1
1.2.	Depressão pós-parto .....	1
1.2.1.	A importância do apoio social na depressão pós-parto.....	6
1.3.	Os bebés pré-termo.....	7
1.4.	O parto pré-termo .....	8
1.5.	A mãe de um bebé pré-termo .....	9
1.6.	Vivências específicas das mães de bebés pré-termo .....	11
1.6.1.	O afastamento físico materno face ao bebé que está numa unidade de cuidados neonatais.....	11
1.6.2.	A perceção de competência para a maternidade .....	11
1.6.3.	A experiência da culpa.....	13
1.6.4.	A interação com o bebé pré-termo.....	14
1.6.5.	A diferença entre o bebé imaginário e o bebé real.....	15
1.6.6.	A amamentação do bebé pré-termo .....	17
2.	Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais.....	19
2.1.	Problema de investigação.....	19
2.1.1.	Relevância do problema de investigação .....	19
2.2.	Objetivos de investigação.....	20
2.3.	Hipóteses gerais.....	20
3.	Metodologia.....	21
3.1.	Definição de variáveis.....	21
3.2.	Operacionalização de variáveis.....	21
3.2.1.	Questionário Sociodemográfico e Clínico .....	21
3.2.2.	Escala de Sentimento de Competência Parental .....	22
3.2.3.	Escalas da Culpa e da Vergonha.....	23
3.2.4.	Questionário de Características do Bebê .....	23
3.2.5.	Questionário da Diferença Bebê Imaginário vs. Bebê Real .....	24
3.2.6.	Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	25
3.2.7.	Escala de Perceção de Stresse.....	25
3.2.8.	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo.....	26
3.3.	Hipóteses específicas.....	27
3.4.	Procedimento.....	28

4.	Resultados.....	29
4.1.	Tratamento de dados .....	29
4.2.	Caracterização da amostra.....	29
4.3.	Testagem de hipóteses.....	31
4.3.1.	Testagem de HE1 .....	31
4.3.2.	Testagem de HE2.....	32
4.3.3.	Testagem de HE3 .....	32
4.3.4.	Conclusão da testagem de HE1, HE2 e HE3 .....	32
4.3.5.	Testagem de HE4.....	33
4.3.6.	Testagem de HE5 .....	33
4.3.7.	Testagem de HE6.....	33
4.3.8.	Testagem de HE7.....	33
4.3.9.	Testagem de HE8.....	34
4.3.10.	Testagem de HE9.....	34
4.3.11.	Conclusão da testagem de HE4, HE5, HE6, HE7, HE8 e HE9 .....	34
4.3.12.	Testagem de HE10.....	35
4.3.13.	Testagem de HE11 .....	37
4.3.14.	Testagem de HE12.....	37
4.3.15.	Conclusão da testagem de HE10, HE11 e HE12 .....	37
4.3.16.	Testagem de HE13 .....	38
4.3.17.	Testagem de HE14.....	38
4.3.18.	Outras associações encontradas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a depressão pós-parto.....	38
4.3.19.	Conclusão da testagem das hipóteses HE13 e HE14 e das restantes variáveis sociodemográficas e clínicas .....	39
5.	Discussão.....	41
5.1.	As percepções maternas e a sintomatologia depressiva pós-parto.....	41
5.1.1.	A percepção materna face ao papel materno .....	41
5.1.2.	A percepção materna face ao bebé pré-termo.....	42
5.1.3.	A percepção materna face ao período pós-parto.....	42
5.2.	As variáveis pediátricas e obstétricas e a sintomatologia depressiva materna no período pós-parto.....	43
6.	Conclusão .....	47
6.1.	Limitações do estudo.....	47
6.2.	Pistas para investigações futuras .....	48
5.	Referências bibliográficas .....	49

## Índice de Anexos

### Anexos Relativos à Metodologia

(em CD)

Anexo A - Carta para o Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Anexo B - Carta para a Sr.<sup>a</sup> Diretora do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo C – Carta para a Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lília Brito, Psicóloga da Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo D – Folha de Informação à Participante

Anexo E - Consentimento Informado

Anexo F – Formulários do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Anexo G - Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo H - Escala de Sentimento de Competência Parental

Anexo I - Autorização de utilização da Escala de Sentimento de Competência Parental

Anexo J - Escalas da Culpa e da Vergonha

Anexo L - Autorização de utilização das Escalas da Culpa e da Vergonha

Anexo M – Questionário de Características do Bebê

Anexo N – Autorização de utilização do Questionário de Características do Bebê

Anexo O - Questionário da Diferença Bebê Imaginário vs. Bebê Real

Anexo P - Autorizações de utilização do Questionário da Diferença Bebê Imaginário vs. Bebê Real

Anexo Q - Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo R - Autorização de utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo S - Escala de Perceção de Stresse

Anexo T - Autorização de utilização da Escala de Perceção de Stresse

Anexo U - Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Anexo V – Autorização de utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo



## Índice de Anexos

### Anexos Relativos à Análise Estatística

(em CD)

- Anexo 1 – Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas
- Anexo 2 - Estatística descritiva das variáveis psicométricas
- Anexo 3 – Análise de ajustamento à distribuição normal
- Anexo 4 – Análise de consistência interna
- Anexo 5 – Análise de regressão da hipótese específica HE1
- Anexo 6 – Análise de regressão da hipótese específica HE2
- Anexo 7 – Análise de regressão da hipótese específica HE3
- Anexo 8 – Análise de regressão da hipótese específica HE4
- Anexo 9 – Análise de regressão da hipótese específica HE5
- Anexo 10 – Análise de regressão da hipótese específica HE6
- Anexo 11 – Análise de regressão da hipótese específica HE7
- Anexo 12 – Análise de regressão da hipótese específica HE8
- Anexo 13 – Análise de regressão da hipótese específica HE9
- Anexo 14 – Análise de regressão da hipótese específica HE10 em relação a AS
- Anexo 15 – Análise de regressão da hipótese específica HE10 em relação a IN
- Anexo 16 – Análise de regressão da hipótese específica HE10 em relação a SF
- Anexo 17 – Análise de regressão da hipótese específica HE10 em relação a SA
- Anexo 18 – Análise de regressão da hipótese específica HE10 em relação à escala completa
- Anexo 19 – Análise de regressão da hipótese específica HE11
- Anexo 20 – Estudo estatístico da média da variável “sexo do bebé”





## Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise de regressão linear de HE1

Tabela 2. Análise de regressão linear de HE2

Tabela 3. Análise de regressão linear de HE7

Tabela 4. Análise de regressão linear de HE9

Tabela 5. Análise de regressão linear de HE10 em relação a AS

Tabela 6. Análise de regressão linear de HE10 em relação a IN

Tabela 7. Análise de regressão linear de HE10 em relação à escala completa da ESSS

Tabela 8. Análise de regressão linear de HE11



## **1. Enquadramento teórico**

### **1.1. O período pós-parto**

O processo de um indivíduo se tornar mãe ou pai inicia-se durante a gravidez, embora gravidez e maternidade sejam conceitos diferentes. No entanto, ambos implicam grandes mudanças e têm um grande impacto na vida pessoal e familiar, principalmente dos indivíduos que se tornam pais pela primeira vez (Canavarro & Pedrosa, 2005). Do ponto de vista psicológico, tanto a gravidez como a maternidade são processos dinâmicos de construção e desenvolvimento que exigem inúmeras reavaliações e reestruturações biológicas, psicológicas, familiares, sociais e conjugais (Canavarro, 2001). Assim, os períodos da gravidez e pós-parto podem ser considerados períodos de crise na vida da mulher, do homem e do casal, no sentido em que são exigidas múltiplas adaptações pessoais e conjugais (Colman & Colman, 1994). Os indivíduos podem ser capazes de passar adequadamente por essa crise desenvolvendo novas competências psicológicas e sociais ou podem não ser capazes de o fazer, desequilibrando-se psicologicamente (Figueiredo, 2001a). Uma das possibilidades de desequilíbrio psicológico é a depressão pós-parto.

### **1.2. Depressão pós-parto**

A depressão pós-parto é um sério problema de saúde mental, que, segundo as estimativas, é experienciada por nove a dezasseis por cento das puérperas (APA, 2015). Segundo Pitt (1968), autor que a descreveu pela primeira vez, o quadro da depressão pós-parto é caracterizado por um período prolongado de perturbação emocional, ocorrido na altura de uma grande mudança e do aumento de responsabilidades associados ao nascimento de um filho. A perturbação emocional deste tipo traduz-se em choro fácil, desânimo, sentimentos de inadequação e incapacidade para cuidar do bebé, humor lábil e culpa por não se amar ou cuidar suficientemente bem do bebé. O sofrimento é especialmente acentuado no período noturno e as ideias suicidas são pouco frequentes.

A depressão pós-parto inicia-se, geralmente, por volta do segundo ou terceiro mês do pós-parto, instalando-se de forma insidiosa e mantendo-se por alguns meses (Marques, 2003). Pode persistir durante todo o primeiro ano de vida do bebé ou até mais. A remissão dos sintomas acontece, geralmente, após o primeiro ano de vida do bebé. O prognóstico é, normalmente, favorável, mas associa-se a um risco acrescido de desenvolver outras depressões, mesmo não relacionadas com novas gestações.

A depressão pós-parto tem uma sintomatologia e uma etiologia específica, distinta da de outras depressões (Figueiredo, 2001b). Embora os critérios de diagnóstico possam variar entre autores, é geralmente considerada a sua existência quando sintomas de depressão e ansiedade persistem depois das primeiras semanas pós-parto e permanecem pelo menos mais duas semanas, interferindo com a capacidade de funcionamento da mulher (Cutrona, 1982). A ansiedade, na mulher com depressão pós-parto, é elevada, aparecendo, geralmente, sob a forma de preocupação excessiva com a saúde e alimentação do bebê acompanhada de sentimentos de culpa por não cuidar suficientemente bem dele e de uma percepção de falta de capacidade para a maternidade (Marques, 2003). O tema central desta perturbação psicopatológica é, portanto, a maternidade, o que inclui as percepções de si própria enquanto mãe e as percepções em relação ao bebê.

O fenótipo da depressão pós-parto é complexo, sendo que nem todas as mulheres apresentam a mesma constelação de sintomas (Huysman, 2003). Para além disso, cada grupo cultural ou étnico pode ter uma forma diferente de expressar esses sintomas de acordo com o seu *background*, país de origem e religião.

Importa esclarecer que a depressão pós-parto se diferencia de outras perturbações psicopatológicas que podem ser identificadas no período pós-parto. Cutrona (1982) afirma que é possível identificar três classes de perturbações psicopatológicas nesse período: depressão pós-parto, blues pós-parto e psicose puerperal.

Os blues pós-parto são uma forma breve e moderada de perturbação de humor que surge em estreita relação temporal com o parto (Figueiredo, 2001a). Caracterizam-se por um quadro de tristeza, choro fácil e irritação (Blum, 2007). No entanto, ocorrem apenas durante os primeiros dias após o nascimento. Parecem ser bastante influenciados por mudanças hormonais provocadas pelo parto, mas deve assumir-se sempre a existência de fatores psicológicos a influenciar o bem-estar psicológico da mãe, uma vez que ter um filho é um acontecimento que muda muito a vida de uma mulher. São considerados uma reação normal e adaptativa à situação, favorecendo a aproximação entre a mãe e o seu bebê (Figueiredo, 2001a). No entanto, os blues pós-parto têm sido apontados, em diversos estudos, como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (ex: Reck, Stehle, Reinig & Mundt, 2009). Desta forma, é conveniente proceder à monitorização do desenvolvimento dos sintomas.

Relativamente à psicose puerperal, esta caracteriza-se por um quadro delirante, com a perda da função teste da realidade e a presença de delírios e/ou alucinações que geralmente envolvem o bebê. A mulher fica em risco de se magoar a ela própria ou ao bebê (Epperson, 1999). Esta perturbação surge, de forma aguda, do segundo dia ao terceiro mês após o parto

(Silva & Botti, 2005). Segundo Figueiredo (2001b), o surto psicótico puerperal tem um carácter transitório, persistindo, normalmente, entre cinco a doze meses. Este surto é menos comum que a depressão pós-parto, requer medicação antipsicótica e, por vezes, hospitalização.

Em relação à psicose puerperal e aos blues pós-parto, a depressão pós-parto tende a ser menos visível, especialmente pelo facto de os sintomas surgirem após a saída da mãe da maternidade, altura em que passa a ser alvo de menor atenção da parte dos profissionais de saúde (Cutrona, 1982).

Parece importante salientar que a depressão pós-parto, os blues pós-parto e a psicose puerperal têm três importantes características comuns: em primeiro lugar, têm estreita relação temporal com o nascimento do bebé, em segundo, a sintomatologia relaciona-se sempre com a temática do parto e do bebé e, por último, os três têm rápida remissão quando comparados com perturbações noutros momentos da vida da mulher (Figueiredo, 2001a).

Uma visão psicodinâmica da etiologia da depressão pós-parto foi descrita por Blum (2007). O autor afirma a existência de uma tríade de conflitos emocionais na etiologia da depressão pós-parto. Esses três conflitos são conflitos de dependência, conflitos de raiva e conflitos com a maternidade. Refere, ainda, que a importância de cada um desses conflitos varia de uma paciente para outra e que a mistura com outros conflitos contribui para a individualidade de cada uma. No entanto, considera que, normalmente, pelo menos dois desses três conflitos indicados se apresentam em destaque.

Os conflitos de dependência são os conflitos mais encontrados nas mulheres com depressão pós-parto (Blum, 2007). Uma vez que todos os seres humanos têm desejos e necessidades de dependência, sentir que se é cuidada ajuda na tarefa exigente de cuidar de um bebé recém-nascido. Blum (2007) considera, então, que o bebé tem a capacidade de despertar na mãe os seus desejos inconscientes de ser tomada a cargo, o que, por sua vez, pode despertar inveja da posição de vantagem deste, que é cuidado e alimentado. Assim, o autor considera que uma puérpera fica em risco de desenvolver depressão pós-parto se não for capaz de lidar com essas necessidades de dependência, se não se sentir cuidada e se não conseguir tolerar a dependência do bebé, bem como as suas reacções face a ele. Conclui-se, então, que um grupo de mulheres em risco de desenvolver depressão pós-parto é composto por aquelas que não têm de facto quem cuide delas, que têm um suporte familiar e social reduzido. Os seus desejos de serem tomadas a cargo não são preenchidos. Mas, Blum (2007) refere ainda outro grupo de risco. Algumas pessoas, incluindo muitos profissionais da área da saúde, afastam da consciência os seus desejos de dependência tomando conta de outros. Este tipo de adaptação “contradependente” funciona bem para algumas pessoas. Mas, o que acontece em muitas

mulheres que desenvolvem depressão pós-parto é que esse sistema “contradependente” quebra devido ao elevado número de pessoas ou coisas de que é necessário cuidar ou devido à intensidade das necessidades não preenchidas de se ser tomado a cargo.

Os conflitos de raiva relacionam-se com a dificuldade de lidar, precisamente, com a raiva (Blum, 2007). Muitas mulheres com depressão pós-parto sentem que não têm o direito de experienciar raiva, referem culpa por a sentirem e consideram-se impedidas de a expressar. Muita dessa raiva sentida pode direccionar-se para o bebé que chegou para mudar a vida da mulher, privá-la de descanso e de outras atividades satisfatórias e exigir dela atenção e cuidados. A culpa excessiva e o medo dos sentimentos de raiva tendem a aumentar a preocupação com a raiva sentida pelo bebé o que pode levar ao desenvolvimento de pensamentos obsessivos sobre a possibilidade de o magoar. Assim, segundo esta perspetiva, se a recente mãe não for capaz de reconhecer e tolerar essa raiva, acresce o seu risco de desenvolver depressão pós-parto.

Finalmente, os conflitos com a maternidade referem-se ao facto de Blum (2007) ter verificado que muitas mulheres com depressão pós-parto descrevem relações muito problemáticas com as próprias mães. De facto, poderá ser difícil uma mãe providenciar amor, carinho e cuidado ao seu filho se sentir, conscientemente ou não, que a sua própria mãe não teve interesse ou não gostou de cuidar dela. Habitualmente, estas puérperas prometem a si próprias nunca ser como as suas mães. Negam a inevitável semelhança entre qualquer mãe e filha e não se apercebem que as suas promessas sugerem que os seus principais modelos internos são as suas próprias mães. Com poucas imagens positivas do que é ser mãe, a maternidade pode tornar-se um conflito com o qual é difícil lidar. Esse conflito pode ser de tal forma problemático que predispõe a mãe à depressão pós-parto.

Assim, percebe-se que é no contexto das relações interpessoais da mulher durante a gravidez e o puerpério, e com o bebé durante o período pós-parto, que se situam os mais significativos fatores que predispõem a mulher a este tipo de depressão (Figueiredo, 2001b).

Uma metanálise realizada por Beck (2001) permitiu encontrar treze preditores para a depressão pós-parto. Desses treze, quatro mostraram uma elevada magnitude de efeito: depressão pré-natal, autoestima, stresse percebido em relação a ter de cuidar do bebé e ansiedade pré-natal. Seis mostraram uma moderada magnitude de efeito: stresse de vida, apoio social (reduzido), relação marital, história de depressão, temperamento do bebé e blues pós-parto. Por fim, o estado civil, o nível socioeconómico e gravidez não planeada mostraram uma reduzida magnitude de efeito.

Estudos sugerem, ainda, que o melhor preditor de depressão pós-parto em pais parece ser a depressão pós-parto na sua mulher (Goodman, 2004). Assim, intervir na prevenção ou no tratamento da depressão pós-parto verifica-se de grande importância para a promoção da saúde mental de todos os elementos de uma família (Figueiredo, 2001b).

Neste estudo, será dada relevância à população de mães de bebês pré-termo. O risco de depressão pós-parto parece ser superior nessa população do que em mães de bebês de termo (ex. Helle et al., 2015; Mehler, Mainusch, Hucklenbruch-Rother, Hahn, Hünseler & Kribs, 2014; Bener, 2013; Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010; Yurdakul et al., 2009). Por exemplo, um estudo com mães de bebês pré-termo nascidos com menos de 1500g concluiu que o risco de depressão pós-parto é quatro a dezoito vezes maior nas mães pré-termo do que nas mães de crianças nascidas de termo (Helle et al., 2015). Mas, um outro estudo, desta vez com mães de bebês nascidos entre as trinta e duas e as trinta e sete semanas de gestação (peso médio ao nascer - 2275g), concluiu que este grupo também tem um risco significativamente maior de sofrer depressão pós-parto que o grupo de mães de bebês que nasceram com mais semanas de gestação (Mehler, Mainusch, Hucklenbruch-Rother, Hahn, Hünseler & Kribs, 2014).

Já foram investigados fatores de risco para a depressão pós-parto especificamente nesta população. Os resultados têm sido vários, por exemplo: o risco de depressão pós-parto parece aumentar de acordo com aspetos sociodemográficos da mãe, aspetos do parto e do bebê e aspetos relacionais da mãe com a sua rede de suporte social. Nos aspetos sociodemográficos inclui-se ser mãe numa idade precoce, ter um baixo nível de escolaridade, ter baixo peso e ter menos rendimentos familiares (Bener, 2013). Os aspetos do parto e do bebê que parecem funcionar como fatores de risco são uma baixa idade gestacional na altura do parto, baixo peso do bebê à nascença, doença ou deficiência no bebê (Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010) e ventilação prolongada (Rogers, Kidoro, Wallendorf & Inder, 2013). Por fim, os aspetos relacionais da mãe com a sua rede de suporte social que parecem adicionar risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto são: perceção de apoio social reduzido (Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010) e pior qualidade relacional com o marido (Rogers, Kidoro, Wallendorf & Inder, 2013). No entanto, um estudo de Helle e colaboradores (2015) concluiu que o nascimento de um bebê com um peso abaixo de 1500g é o fator de risco mais importante para a depressão pós-parto, em relação a outros fatores de risco analisados (ex. idade materna, riscos durante a gravidez, estatuto socioeconómico, historial de perturbação psiquiátrica, gravidez múltipla, primiparidade).

A depressão pós-parto parece influenciar negativamente a capacidade de a mãe se manter perto do seu bebê, assim como o seu nível de energia e envolvimento nas interações (Neri,

Agostini, Salvatori, Biasini & Monti, 2015). Assim, torna-se compreensível que possa ter grandes consequências nos bebês. Existem alguns estudos na área concluindo, por exemplo, que a sintomatologia depressiva materna no período pós-parto se associa com o funcionamento socioemocional das crianças aos doze meses de idade (Moe et al., 2016). Outro estudo concluiu que os filhos de mães com depressão têm menor probabilidade de mostrarem uma vinculação do tipo segura e uma probabilidade ligeiramente maior de mostrarem vinculação do tipo evitante ou desorganizada, quando comparados com filhos de mães não deprimidas e avaliados através do procedimento experimental Situação Estranha (Martins & Gaffan, 2000). Um outro estudo, com mães que apresentavam sintomatologia depressiva e cujos bebês nasceram antes das trinta e cinco semanas de gestação verificou a existência de uma relação entre os sintomas depressivos e a função cognitiva dos filhos aos dezasseis meses, controlando de uma série de características socioeconômicas (McManus & Poehlmann, 2012). No entanto, essa associação parece ser mediada pelo nível de suporte social percebido pela mãe.

Em relação às diferenças entre as consequências da depressão pós-parto em bebês de termo e pré-termo, Neri Agostini, Salvatori, Biasini e Monti (2015) concluíram que a depressão parece ter os mesmos efeitos negativos nos dois tipos de díades.

### **1.2.1. A importância do apoio social na depressão pós-parto**

Em sociedades não ocidentais, existem rituais que visam providenciar apoio social às puérperas. O objetivo é que a mãe se possa adaptar ao seu papel de mãe, preservando a sua autoestima (Cox, 1996). No entanto, nas sociedades ocidentais atuais tem-se observado continuamente o desaparecimento desse tipo de rituais e o apoio social disponível para as puérperas tem vindo a diminuir.

A existência de apoio social tem sido indicada como um fator protetor da depressão pós-parto. Por exemplo, na secção anterior foi explicitada a visão de Blum (2007) relativamente à depressão pós-parto. Na parte referente aos conflitos de dependência, explicitou-se a importância que o autor atribui ao apoio social. A mulher que sente a falta de alguém que a tome a cargo pode ficar presa num conflito que a predispõe à depressão pós-parto.

Mas, existem outros autores a salientarem a importância do apoio social neste contexto. Por exemplo, Marques (2003) afirma que as mulheres com depressão pós-parto são frequentemente mulheres que experienciam dificuldades presentes no relacionamento com a família – falta de suporte emocional da parte do marido ou situações de conflito com a família



de origem, nomeadamente com a mãe. O conflito com a mãe foi, também, salientado por Blum (2007), como anteriormente referido.

O apoio social parece ter, de facto, um papel importante na etiologia da depressão pós-parto, sendo que a existência de apoio social diminui a probabilidade do seu desenvolvimento (Faustino, 2005). As duas variáveis parecem ter uma forte associação do tipo negativo. Assim, os relacionamentos positivos mostram-se como fatores protetores. Esta associação negativa entre a depressão pós-parto e o apoio social foi também encontrada em mães de bebés pré-termo (ex. Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010).

### **1.3. Os bebés pré-termo**

Os bebés pré-termo são aqueles que nasceram antes de completarem trinta e sete semanas de gestação. Apresentam, geralmente, uma grande imaturidade que traz riscos para a sua sobrevivência. Esses riscos associam-se à capacidade respiratória, à circulação, à capacidade de regulação de temperatura, ao funcionamento do sistema digestivo e à suscetibilidade para infeções e à neurologia (Broedsgaard & Wagner, 2005). Assim, muitas vezes, necessitam de uma observação cuidada e de tratamento utilizando incubadoras, ventiladores, soro intravenoso, tubos de alimentação e monitorização cardíaca e respiratória.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2014), a prematuridade é a maior causa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos. Os riscos tendem a aumentar à medida que o peso do bebé diminui. Geralmente dividem-se estes bebés em três categorias, de acordo com o peso: 1) Peso Extremamente Baixo ao nascer (< 1000gr, cerca de 23 a 27 semanas de gestação); 2) Peso Muito Baixo ao nascer (entre 1001gr e 1500gr, aproximadamente de 28 a 31 semanas de gestação); 3) Peso Baixo ao nascer (entre 1501gr e 2500gr, cerca de 32 a 36 semanas de gestação). Felizmente, o rápido desenvolvimento da Neonatologia tem permitido a diminuição da mortalidade mesmo no caso dos bebés com peso extremamente baixo (Brisch, Bechinger, Betzler & Heinemann, 2003) e um número crescente de fetos com perto de 25 semanas de gestação começa a sua vida numa incubadora, onde tubos, sondas e agulhas os ajudam a sobreviver (Sousa, 2003).

A experiência psicológica dos bebés pré-termo já foi pensada à luz da teoria psicodinâmica. Por exemplo, Winnicott (1949) escreveu sobre as diferenças entre um parto traumático e um parto não traumático. Se, durante a gravidez, através das sensações e experiências, o bebé teve tempo para se preparar para o nascimento, o parto é uma experiência normal, saudável e não traumática. Durante o parto, o bebé é um “reator” e o ambiente é o mais importante, mas, logo

após o parto, há um retorno a um estado em que o bebê é o mais importante. Há uma interferência pouco significativa no progresso pessoal contínuo que se inicia no útero e, por ser pouco significativa, promove estabilidade e uma construção forte do ego. De forma diferente, no parto traumático, o bebê que não estava suficientemente preparado, vê-se na necessidade de reagir devido a um “choque prolongado” no contato com o ambiente. Nesta fase tão precoce do desenvolvimento humano, reagir significa perder temporariamente a identidade. Fica uma grande sensação de insegurança e formam-se bases para a construção de expectativas de futuras perdas da continuidade do self e de uma falta de esperança na manutenção de uma vida pessoal.

As consequências a longo prazo do nascimento pré-termo já foram analisadas por diversos estudos, focando diferentes áreas do desenvolvimento, por exemplo, ao nível do desenvolvimento motor (ex. Maia, Silva, Oliveira & Cardoso, 2011) e cognitivo (ex. Ment et al., 2003). Sobre o desenvolvimento socioemocional de bebês pré-termo, Langerock e colaboradores (2013) compararam uma amostra de crianças com doze meses de idade corrigida que nasceram com menos de vinte e nove semanas de gestação com uma amostra de crianças de doze meses de idade cronológica nascidas de termo. Concluíram que as crianças nascidas pré-termo estão em maior risco de terem um desenvolvimento socioemocional não-típico, sendo que a amostra mostrou maior reatividade em situações passíveis de provocar raiva, níveis de medo mais reduzidos, atividade motora aumentada em todos os tipos de situações utilizadas para suscitar diferentes emoções e um maior nível de atenção com declínio mais rápido. No entanto, recentemente, Moe e colaboradores (2016) realizaram um estudo longitudinal onde não foi encontrada associação entre a idade gestacional e o funcionamento socioemocional das crianças aos doze meses. Esse funcionamento foi, no entanto, associado a sintomatologia depressiva materna aos três meses após o parto.

#### **1.4. O parto pré-termo**

Quando a mulher grávida é confrontada com vulnerabilidades específicas decorrentes de complicações maternas e/ou fetais com implicações físicas e/ou psicológicas, como, por exemplo, doença hipertensiva, descolamento prematuro da placenta ou restrição do crescimento fetal, está-se perante uma situação de gravidez de risco (Correia, 2005). Neste contexto, o parto pode ter de ser medicamente provocado antes das trinta e sete semanas. Assim, nestes casos, a etiologia do parto pré-termo é conhecida.

No entanto, em cerca de 75% das vezes, o parto pré-termo inicia-se espontaneamente e a sua etiologia é difícil de compreender, por ser complexa e multifatorial (Bittar e Zugaib, 2009).

Nestes casos, fatores psicossociais parecem ser muito mais importantes para a explicação do parto pré-termo do que outros tipos de fatores que explicam apenas algumas das ocorrências (Kramer, Séguin, Lydon & Goulet, 2000). Nesses outros fatores incluem-se, por exemplo, infecções, colonizações ou inflamações do trato genito-urinário, hipertensão induzida pela gravidez, gravidezes múltiplas, baixo índice de massa corporal na gravidez, colo do útero incompetente, fumar tabaco e utilização de cocaína. Quanto aos fatores psicossociais, nestes incluem-se, por exemplo, a existência de eventos de vida stressantes como divórcio ou morte na família, exposição a stresse crónico, exposição a eventos de stresse agudo, ansiedade materna especialmente relacionada com a gravidez e experiências de discriminação racial (Behrman & Butler, 2007). O stresse materno parece estar associado a grande parte dos partos pré-termo mas não de forma direta (Wadhwa et al., 2001). Nem todas as grávidas que passam por eventos stressantes têm partos antes das trinta e sete semanas de gestação. O efeito do stresse parece ser mediado por mecanismos biológicos e/ou comportamentais e depender da natureza e da duração do evento stressante, assim como da altura da gestação em que ocorreu.

### **1.5. A mãe de um bebé pré-termo**

A experiência de ter um parto pré-termo pode ser traumática para as mães que se vêm confrontadas com a necessidade de lidar com a perda da gravidez e com a possibilidade de perderem o seu filho (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). É normal que todos os pais se preocupem com a sobrevivência dos seus filhos, mas quando os bebés nascem de termo e sem complicações, a sobrevivência não é a preocupação central. No entanto, quando um parto ocorre muito antes do tempo esperado, em circunstâncias muitas vezes assustadoras e até traumáticas, é natural que a sobrevivência do bebé não seja tão certa, especialmente dos bebés que nascem com um peso muito baixo. Tanto os profissionais de saúde como os pais preocupam-se, não só, com a sobrevivência mas também com as consequências ao nível do desenvolvimento motor, mental, comportamental e emocional (Brisch, Bechinger, Betzler & Heinemann, 2003). Por essa razão, os pais tendem a sentir-se desesperados e incertos em relação ao futuro desconhecido do seu filho (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). Em comparação com as mães de bebés de termo, as mães de bebés pré-termo tendem a ter uma maior preocupação com a saúde e desenvolvimento dos seus bebés (Fuertes, Faria, Fink & Barbosa, 2011).

Após o parto, com a necessidade de internamento do bebé numa Unidade de Cuidados Neonatais (UCN), os pais vêm-se numa situação de particular stresse e surgem,

frequentemente, sentimentos de desespero e falta de controlo sobre a saúde do bebé e sobre a sua sobrevivência (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). A experiência de ser pai de um bebé pré-termo é, geralmente, sentida como extremamente stressante, independentemente do género, nível educacional, idade ou crenças religiosas, sendo que o stress sentido parece ser tanto maior quanto menor a idade gestacional na altura do parto.

O stress sentido pelos pais de bebés pré-termo, mesmo dois meses após o término do internamento, continua a ter níveis mais elevados quando comparado com o stress sentido pelos pais de bebés de termo (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). De facto, as respostas emocionais parecem não se limitar à altura do parto, estendendo-se pelo período após o nascimento, no internamento, após a alta, durante o seguimento e nos meses consecutivos (Valizadeh, Zamanzadeh, Mohammadi & Arzani, 2014). A extensão no tempo dessas respostas parece relacionar-se com a incongruência entre o que era esperado (ser mãe de uma criança saudável) e a realidade de luta constante para que o bebé tenha uma infância e um desenvolvimento conforme o esperado (Kantrowitz-Gordon, Altman & Vandermause, 2016). O sentimento de isolamento é comum nestas mães, especialmente por a maior parte das mulheres da sua rede social e de suporte não ter tido uma experiência similar de maternidade e, por isso, ter dificuldade em se relacionar com as suas dificuldades (Hall, 2015).

O tipo e intensidade da reação emocional da mãe é variável e depende da condição de saúde do seu filho recém-nascido (Obeidat, Bond & Callister, 2009). Por exemplo, ansiedade e sentimentos de perda de controlo são respostas emocionais possíveis face ao parto pré-termo. Foram relatadas, ainda, reações emocionais como perturbações de humor com sensação de falta de eficácia, sentimentos de fracasso e irritação (Valizadeh, Zamanzadeh, Mohammadi & Arzani, 2014). Outros autores referiram também a possibilidade de aparecimento de um ou mais sintomas de perturbação de stress pós-traumático (ex: Gondwe & Holditch-Davis, 2015). Verificou-se que as mães de bebés pré-termo se encontram em maior risco de desenvolver essa perturbação do que as mães de bebés saudáveis de termo e que, mesmo que os sintomas diminuam com o tempo, eles permanecem significativamente mais elevados nas mães de bebés pré-termo do que nas mães de bebés de termo. Finalmente, podem surgir, também, sintomas depressivos (Obeidat, Bond & Callister, 2009). Como referido na secção anterior sobre depressão pós-parto, é encontrado na literatura que o risco de depressão pós-parto é superior em mães de bebés pré-termo do que em mães de bebés de termo (ex. Helle et al., 2015; Mehler, Mainusch, Hucklenbruch-Rother, Hahn, Hünseler & Kribs, 2014; Bener, 2013; Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010; Yurdakul et al., 2009).

## **1.6. Vivências específicas das mães de bebês pré-termo**

### **1.6.1. O afastamento físico materno face ao bebê que está numa unidade de cuidados neonatais**

Os bebês pré-termo, especialmente aqueles que nascem com pouco peso, têm uma maturidade insuficiente, estando ainda pouco preparados para o ambiente extrauterino. Por essa razão, ficam internados numa unidade de cuidados neonatais (UCN), protegidos por uma incubadora, e sob a dependência de cuidados intensivos e de tecnologias que auxiliem na sua sobrevivência (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). Essa tecnologia é vital para eles, mas, inevitavelmente, afasta-os das mães. As mães e os familiares tendem a sentir a situação de afastamento como negativa, afirmando que estar numa UCN provoca separação num momento em que seria necessária especial proximidade (Broedsgaard & Wagner, 2005).

No entanto, estudos anteriores indicam que quando as mulheres participam nos cuidados aos bebês pré-termo internados a sua preocupação tende a diminuir e a confiança a aumentar (ex. Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker & Vohr, 2016). O método canguru, por exemplo, tem sido associado a inúmeras vantagens não só para o bebê, como também para a mãe (Jefferies, 2012). Este é um método que incentiva a proximidade bebê-mãe, através do contato pele-a-pele, no ambiente tecnológico da UCN, com o objetivo de promover a melhoria do recém-nascido.

Sobre a permanência do bebê na UCN, é ainda de salientar que, num estudo de Rogers, Kidoro, Wallendorf e Inder (2013), o número de dias que o bebê pré-termo passa em ventilação foi considerado um fator de risco para o aparecimento de depressão pós-parto na sua mãe. Por sua vez, o número de dias relaciona-se com o estado de saúde física do bebê.

### **1.6.2. A percepção de competência para a maternidade**

Quando um bebê nasce antes do tempo e necessita de internamento numa UCN é separado da mãe e fica a cargo de uma equipa médica. Neste contexto, as mães podem sentir-se dependentes, tornar-se passivas e experienciar falta de confiança na sua capacidade para serem mães (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). Do afastamento físico do bebê pode, então, derivar uma percepção de falta de competência para a maternidade. Olshtain-Mann e Auslander (2008) referem que essa percepção pode também derivar de um sentimento de falta de controlo sobre a sobrevivência e a saúde do bebê. Segundo os autores, os pais de bebês pré-termo afirmam ser difícil desenvolver a sua competência e eficácia num ambiente cheio de tecnologia

médica e onde o contacto com o bebé tem de acontecer sob a direção e supervisão da equipa técnica.

A autoeficácia parental diz respeito à crença nas próprias capacidades para desempenhar as tarefas relacionadas com o papel parental (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011). A autoeficácia é, assim, uma dimensão da autoestima parental, da qual faz parte, também, a satisfação com o papel parental (Johnston & Mash, 1989). A satisfação refere-se à qualidade do afeto associado ao desempenho do papel de mãe. Esta satisfação já foi associada à percepção de autoeficácia (ex. Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011). A autoeficácia, juntamente com a percepção que a mãe tem do bebé e com o tipo de funcionamento familiar parecem contribuir para a satisfação da mãe face ao seu papel materno (Salonen, Pridham, Brown & Kaunonen, 2014).

Um estudo que incluiu mães de bebés de termo e pré-termo permitiu concluir que a percepção de competência para a maternidade tende a ser menor em mães de bebés pré-termo do que em mães de bebés de termo, mesmo dois meses após o término do internamento (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Essa percepção parece estar também relacionada com outras três variáveis, para além da idade gestacional, nomeadamente a idade das mães, a educação e a religiosidade. Quanto à idade das mães, as mães mais velhas reportam níveis mais elevados de competência parental quando comparadas com as mais novas. Uma possível explicação é existir uma maior probabilidade de uma mãe mais velha ter mais filhos, o que lhe forneceu experiência e uma percepção de competência para a maternidade mais elevada. Sobre a educação, as mães com melhor educação reportam sentir-se menos competentes no exercício da maternidade. Neste caso, uma possível explicação é estas mães estarem mais alerta para a potencial dificuldade futura e incerteza do desenvolvimento normal do bebé ou, então, terem expectativas mais elevadas para si próprias. Por fim, em relação à religiosidade, mães mais religiosas reportaram percepções mais elevadas de competência para a maternidade do que mães não religiosas. Neste caso, os autores indicaram, como explicação, o facto de nesta amostra os pais religiosos tenderem a pertencer a famílias mais numerosas e, por isso, é provável que tenham ajudado a criar irmãos mais novos e aprendido funções parentais através de observação de adultos da sua família.

Sobre as mães de bebés pré-termo, é de salientar ainda que a literatura indica que a percepção de competência parental tende a ser mais elevada nas mães que praticaram o método canguru em comparação com as que praticam apenas os cuidados tradicionais (ex. Jonhson, 2007). Muitas reportam sentirem-se necessárias, ao invés de passivas. Tal tende a acontecer especialmente se a utilização do método se iniciar nos primeiros dois dias após o nascimento.

No entanto, muitas vezes, o método não pode ser logo iniciado devido ao estado de saúde do bebê.

Por fim, é de referir que a percepção de competência para a maternidade já foi anteriormente associada à prevalência de sintomas depressivos, com uma correlação do tipo inverso (ex. Karp, Lutenbacher & Wallston, 2015). O apoio social já foi referido como tendo um papel protetor da depressão pós-parto e parece ser igualmente importante para a constituição de uma elevada percepção de competência para a maternidade. Especificamente em relação à dimensão autoeficácia, o apoio social mais importante parece ser do tipo informal, especialmente familiar (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011).

### **1.6.3. A experiência da culpa**

A incapacidade de levar uma gravidez até ao fim do tempo de gestação deixa, frequentemente, sentimentos de culpa nas mães (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Este é um dos sentimentos mais reportados pelas mães dos bebés pré-termo, para além do medo e da ansiedade (Hall, 2015). A culpa requer um sentido de responsabilidade e a crença de que se podia ter feito algo de forma diferente. Estas mães, muitas vezes, sentem que foi por sua culpa que o bebé não nasceu saudável, assumindo que, durante a gravidez, fizeram algo que não deviam ou, pelo contrário, não fizeram algo que deviam, afetando o bebé e provocando o parto antecipadamente (Davim, Enders & Silva, 2010). Segundo Hall (2015), estas crenças parecem persistir mesmo quando as mulheres sabem, racionalmente, que o parto precoce não aconteceu por sua culpa. E, mesmo quando têm fortes redes de apoio e suporte, continuam a achar que são a pessoa mais responsável pela gravidez e parto e pela saúde do bebé.

Os sentimentos de culpa, geralmente, são intensificados pela separação física do bebé (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). Pode haver culpa por não se passar o tempo todo com o bebé, mas também por não se passar tempo suficiente com outros membros da família, como outros filhos (Hall, 2015). Outros fatores como ver o bebé a lutar para desempenhar funções corporais básicas (Hall, 2015) ou a impossibilidade de amamentar (Davim, Enders e Silva, 2010) têm, igualmente, a capacidade de intensificar os sentimentos de culpa. O conhecimento de histórias de outras mulheres que, durante a gravidez, tiveram complicações similares e que, mesmo assim, conseguiram levar a gravidez até a um tempo maior de gestação pode, igualmente, exacerbar a culpa (Hall, 2015).

Segundo Hall (2015), a culpa parece persistir durante anos, mesmo quando a criança cresceu saudável, e pode levar as mulheres a questionar as suas capacidades enquanto mulheres e mães.

#### **1.6.4. A interação com o bebê pré-termo**

Sabe-se que todos os bebês nascem com capacidades muito importantes, apesar da imaturidade que os torna dependentes durante os primeiros tempos de vida. Uma série de processos de maturação que ocorrem durante a gravidez e que se prolongam no primeiro ano de vida tornam-nos particularmente predispostos a aprenderem através das relações que estabelecem (Reis, 2003). Nascem com a possibilidade de desempenhar gestos comunicacionais, ações que têm a função de mobilizar a atenção do cuidador (Trevvarthen, 2001). Esta capacidade para se envolver numa relação desde o nascimento pode ser vista como uma predisposição inata para a intersubjetividade humana (Trevvarthen, 2010).

Nascer pré-termo traz, no entanto, mais desafios aos bebês. Entre esses desafios, está a exigência de o bebê ultrapassar a sua fragilidade e imaturidade e conseguir adaptar-se à vida extrauterina (Zornig, Morsch & Braga, 2004). No entanto, essa mesma imaturidade dificulta a instauração de cuidados parentais que facilitem a adaptação às novas condições. Os bebês pré-termo são mais vulneráveis ao stresse que os bebês de termo, exibindo com maior frequência e facilidade afeto negativo (Fuertes et al., 2012), o que dificulta a interação. Os seus sinais faciais tendem a ser menos claros e podem traduzir uma maior dificuldade em tolerar mudanças no comportamento afetivo do que os bebês de termo. A interação com o bebê pré-termo pode, assim, tornar-se uma fonte de stresse e preocupação para as mães.

Para além disso, estar numa UCN torna a interação social entre o bebê e os pais num desafio (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). A tecnologia é vital para a sua sobrevivência, mas, inevitavelmente, afasta-os das mães. Embora, os bebês tenham, desde o início da vida, uma discriminação finíssima de quem é a mãe – basta observar a reação de alguns bebês pré-termo na UCN – (Sá, 2003), a comunicação, o olhar, o agarrar e o manusear são dificultados pela incubadora e por todos os mecanismos a que o bebê tem de ficar ligado (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012).

Alguns estudos têm sido conduzidos de forma a compreender se, depois de o bebê sair da incubadora, as interações com as mães acontecem de forma similar às interações de mães com filhos de termo. Montirosso, Borgatti, Torjan, Zanini e Tronick (2010), num estudo com bebês pré-termo e de termo com idades entre os seis e os nove meses, concluíram que os bebês pré-



termo não mostram menos capacidades sociais nem menos expressão de comportamentos positivos ou maiores emoções negativas que os bebés de termo. No entanto, mostraram-se mais distanciados das suas mães. Fuertes, Faria, Fink e Barbosa (2011) concluíram ainda que, aos nove meses, as mães de bebés pré-termo percebem os filhos como tendo um temperamento mais difícil do que as mães de bebés de termo.

Por outro lado, parece passível a hipótese de a interação entre a mãe e o bebé pré-termo poder ser dificultada não só pelas características do bebé, mas também pelas da mãe. Um estudo de Muller-Nix e colaboradores (2004) concluiu que, aos seis meses de vida dos bebés pré-termo, as suas mães são mais controladoras e menos sensíveis a interpretar a comunicação dos filhos que as mães de bebés de termo. No entanto, num estudo de Neri, Agostini, Salvatori, Biasini e Monti (2015), todas as mães da amostra (mães de bebés pré-termo em duas categorias consoante o peso e mães de bebés de termo) mostraram bons resultados numa escala de sensibilidade enquanto capacidade de detetar e entender os sinais do bebé, dando respostas adequadas. Além disso, nesta amostra, as mães dos bebés nascidos com peso muito baixo (entre 1000g e 1500g) foram aquelas que, em média, tiveram melhores resultados. No entanto, o mesmo estudo sugere que as mães de bebés pré-termo com um peso extremamente baixo (menos de 1000g), em comparação com as mães de bebés pré-termo com mais peso e com mães de bebés de termo, tendem a apresentar comportamentos mais intrusivos e controladores no exercício da maternidade.

Apesar da preocupação que a interação pode trazer para a mãe, segundo Korja (2009), a prematuridade, por si só, não põe em risco, a longo prazo, a vinculação ou a interação entre a mãe e o filho. No entanto, se às circunstâncias de prematuridade se adicionar a existência de depressão pós-parto, então sim, está-se perante uma constelação de risco para a relação entre as mães e os seus filhos nascidos pré-termo (Korja, 2008).

#### **1.6.5. A diferença entre o bebé imaginário e o bebé real**

Com o desenvolvimento da gravidez, a mãe vai-se preparando progressivamente para entrar em contacto com o bebé que está para nascer (Stern, 1998). Durante toda a gestação, o corpo da mulher ocupa-se da formação física do feto e a mente ocupa-se de formular a ideia da mãe que se vai ser. Ao mesmo tempo, na mente da mãe, começa a contruir-se uma imagem mental do bebé. Recorrendo à sua imaginação, a mãe dá forma à vida que ainda não viu nascer e imagina cenários e personagens. A imagem desenvolvida tem por base necessidades e anseios narcisistas da mãe e assenta na perceção que ela tem do desenvolvimento do feto - atividade,

padrões de resposta (Brazelton e Cramer (1989). Assim, ao longo de toda a gravidez, o crescimento do feto é acompanhado de um desenvolvimento progressivo da imagem do bebê na mente da mãe (Brazelton & Cramer, 1989) e as representações maternas do bebê, dela mesma e do marido, sofrem um padrão regular de mudanças durante e depois da gravidez (Stern, 1995).

Quando o bebê nasce antes do tempo, a imaginação materna sobre o bebê é interrompida. Stern (1995) refere que, na altura do nascimento, as representações das mães dos bebês pré-termo estão fora de fase, inacabadas. Não houve tempo para adequar as representações que são apropriadas à fase gravídica, mas não ao período pós-parto. Esta situação pode ser problemática, uma vez que a literatura indica que a interrupção da imaginação materna sobre o bebê pode dificultar a vinculação mãe-bebê e o estabelecimento da “preocupação materna primária” (Almeida, 2004), termo que Winnicott (1993, citado por Reis, 2003) utiliza para se referir a um estado de sensibilidade muito apurada que permite à mãe ir ao encontro das necessidades do seu bebê.

Depois do nascimento, qualquer mãe conhece um bebê que é sempre, de alguma forma, diferente do bebê que imaginou e, por isso, todos os pais acabam por se sentir mais ou menos desapontados com o seu filho (Brazelton & Cramer, 1989). Por essa razão, no pós-parto, uma das formas mais importantes de ajustamento é a necessidade de os pais se reconciliarem com o filho e fazerem o luto do bebê imaginário e perfeito.

Nos bebês pré-termo, o desequilíbrio entre o bebê real e o bebê imaginário torna-se muito mais acentuado do que nos bebês de termo, exigindo um ajustamento maior (ex. Fleck e Piccinini, 2013). Toda a situação é, geralmente, muito diferente daquela que foi imaginada e o momento que se pensava ser bom é um momento traumatizante e de grande stresse. Ao olhar para um bebê muito pequeno e estranho em termos de cor e proporção, os pais podem sentir que ele não se parece com um bebê e parece muito doente, emergindo imagens assustadoras de morte ou invalidez (Muller-Nix & Ansermet, 2009).

Todas as mães, durante a gravidez, ensaiaram o que teriam de fazer se o seu bebê nascesse com algum tipo de problema (Brazelton & Cramer, 1989). Mas, quando, efetivamente, a criança nasce antes do tempo e, conseqüentemente, com algum problema ou até vários, as mães sentem desilusão pelos seus esforços durante a gravidez não terem sido bem-sucedidos e sentem desgosto por terem perdido o bebê “perfeito” com que sonharam. Nestas circunstâncias, os pais tendem a encarar, inconscientemente, o defeito da criança como revelador dos defeitos parentais. Assim, tende a acontecer uma quebra súbita do seu amor-próprio.

No entanto, as mães tendem a aproximar-se, gradualmente, dos seus bebés reais, desde o nascimento, identificando-se com as suas características físicas e emocionais até mais subtis e esforçando-se para encontrar significado para elas (Fleck & Piccinini, 2013). O luto pela perda do bebé imaginário acontece também gradualmente e mostra-se mais sólido à medida que o bebé vai passando mais tempo em casa. Os primeiros meses em casa são muito importantes para o processo de elaboração da perda, pois permitem reconhecer e aceitar o filho real, reduzindo o impacto da diferença entre o bebé real e o bebé imaginário.

#### **1.6.6. A amamentação do bebé pré-termo**

A alimentação é uma parte central da díade mãe-bebé sobre a qual se centram muitas atenções. A amamentação é a forma preferencial de alimentação de qualquer recém-nascido, por ser uma forma segura e natural que providencia nutrientes e defesas imunológicas, por ajudar na maturação do sistema gastrointestinal e por ter vantagens psicológicas (Nascimento & Issler, 2003). Para além de associar a amamentação à redução da mortalidade nos recém-nascidos, a WHO (2015) refere que também traz benefícios para as mulheres que amamentam, pois reduz a sua probabilidade de serem obesas e de terem cancro nos ovários ou na mama.

As inúmeras vantagens da amamentação fazem com que esta seja especialmente importante para os bebés pré-termo que têm vulnerabilidades específicas (Nascimento & Issler, 2003). No entanto, a amamentação pode ser difícil ou até impossível dada a imaturidade dos reflexos de sucção do bebé (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012), sendo a alimentação por sonda ou parentérica a única opção durante algum tempo. Depois, a transição da alimentação por sonda/parentérica para a alimentação oral é geralmente difícil e, durante algum tempo, não se deve esperar que estes bebés consigam alimentar-se oralmente de forma tão eficiente quanto os bebés de termo (Lau, 2012).

Para que a alimentação oral do bebé pré-termo seja bem-sucedida e segura, é essencial que o bebé seja capaz de chupar, engolir, respirar de forma adequada e coordenar todas essas atividades. Além disso, Lau (2012) refere outras condições que dificultam a alimentação oral de um bebé pré-termo. A primeira refere-se à condição médica do bebé. Existem algumas condições que impedem a segurança e eficácia da alimentação oral e, nesse caso, a mãe deve retirar o leite, uma vez que a capacidade de produção depende da estimulação frequente (Jones & Spencer, 2007). Quanto à segunda condição, esta refere-se ao estado comportamental do bebé (ex. calmo, mas alerta ou agitado). Nem todos os estados são adequados para a alimentação (Lau, 2012). No entanto, os bebés pré-termo tendem a flutuar muito rapidamente

de um estado para outro. A terceira condição relaciona-se com a organização comportamental. A amamentação é facilitada se o bebé estiver calmo, relaxado, a respirar regularmente, com o corpo ligeiramente fletido, com os braços dobrados e as mãos debaixo do queixo, não exibindo uma expressão facial adversa. De facto, pode não ser muito fácil para o bebé pré-termo exibir esta organização comportamental, rodeado de inúmeros tubos. Por fim, a quarta condição referida pelo autor relaciona-se com o ambiente da UCN. É drasticamente diferente do ambiente intrauterino, com luzes fortes e barulhos que impedem o bebé de se concentrar na alimentação.

A capacidade de amamentar depende, ainda, de fatores da mãe. Nesses fatores, incluem-se fatores físicos como a forma do mamilo, o grau de elasticidade e o tamanho, que podem ser difíceis de adaptar à pequena boca do bebé pré-termo (Lau, 2012). De igual forma, devem considerar-se fatores psicológicos da mãe (Castral et al., 2012). Por exemplo, Lau (2012) afirma que deve ser tida em conta a atitude e disponibilidade da mãe que tenta alimentar o bebé, pois é indispensável ser-se sensível aos sinais da criança, para que se consiga amamentar. Por exemplo, as mães deprimidas têm, geralmente, mais dificuldades com a amamentação (ex. Edhborg, Friberg, Lundh & Widström, 2005). A relação entre a dificuldade com a amamentação e a depressão pós-parto parece ser bidirecional, o que significa que a dificuldade pode constituir um fator de risco para a depressão, mas a depressão pode também influenciar na capacidade de amamentar (ex. Hannah, Adams, Lee, Glover & Sandler, 1992).

Um estudo de Zubaran e Foresti (2013), com uma população de puérperas cujos bebés nasceram saudáveis, mostrou que as mães que alimentam os seus bebés exclusivamente através da amamentação têm níveis mais elevados de autoeficácia em relação à amamentação, em comparação com mães que também dão aos bebés algum tipo de alimentação suplementar. Os autores concluíram que os níveis de autoeficácia em relação à amamentação podem expressar um efeito preditivo de sintomatologia depressiva. Assim, percebe-se que as mães de bebés pré-termo possam estar em maior risco de construir uma autoimagem de pouca eficácia para a amamentação, devido à impossibilidade de amamentar e às dificuldades associadas. Parecem ter uma fonte de preocupação e de stresse adicional que as poderá deixar mais predispostas à depressão pós-parto.

## **2. Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais**

### **2.1. Problema de investigação**

Sabe-se que a experiência de um parto pré-termo pode ser traumática para as mães (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012) e que a experiência de ter um filho numa unidade de cuidados intensivos neonatais é geralmente acompanhada de sentimentos de desespero e falta de controlo sobre a saúde do bebé e a sua sobrevivência (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Como foi referido anteriormente, nestas circunstâncias, a mãe fica vulnerável, do ponto de vista psicológico, aumentando a probabilidade de experimentar stresse psicológico, ansiedade e/ou depressão. E, de facto, a probabilidade de incidência da depressão pós-parto é superior em mães de bebés pré-termo do que em mães de bebés de termo cujas circunstâncias tendem a ser menos indutoras de stresse (e.g., Helle et al., 2015). A literatura refere diversas vivências específicas das mães pré-termo como, por exemplo, a impossibilidade de cuidar do bebé que está internado (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012). Mas, quais serão de facto os fatores que predis põem ou protegem as mães de bebés pré-termo relativamente à depressão pós-parto? Serão dados objetivos, como a condição de saúde do bebé? Ou serão fatores resultantes das vivências das mães, como as suas perceções?

#### **2.1.1. Relevância do problema de investigação**

Ao investigar-se este problema, é comum encontrarem-se estudos que apontam para uma maior predisposição das mães de bebés pré-termo para a depressão pós-parto em relação às mães de bebés de termo e estudos que falam do stresse acrescido vivido por essas mães como um fator importante nessa maior predisposição. No entanto, não é muito comum encontrarem-se estudos que foquem, especificamente, as vivências e perceções das mães de bebés pré-termo enquanto fatores que as predis põem para o aparecimento de sintomatologia depressiva no período pós-parto.

O estudo mais aprofundado da depressão pós-parto em mães de bebés pré-termo é de especial importância, uma vez que esta população se encontra em grande risco de a desenvolver. Para além disso, conhecer a depressão pós-parto não ajudará apenas as puérperas, uma vez que, como já foi referido anteriormente, o seu tratamento promove a saúde mental em todos os membros de uma família (Figueiredo, 2001b).

## **2.2. Objetivos de investigação**

O objetivo desta investigação é compreender se determinadas variáveis e vivências específicas das mães de bebés pré-termo funcionam como fatores que as predispõem ou que as protegem da depressão pós-parto.

## **2.3. Hipóteses gerais**

Como foi referido, pensa-se existirem determinadas variáveis que podem predispor ou proteger as mães dos bebés pré-termo da depressão pós-parto. Considera-se que essas variáveis podem ser organizadas nas seguintes categorias: a) perceções da mãe e b) variáveis pediátricas do bebé pré-termo. As perceções incluídas neste estudo podem dividir-se em perceções relativamente ao papel materno, face ao bebé pré-termo e face ao período pós-parto. Por outro lado, as variáveis pediátricas incluem aspetos mais objetivos, como as características clínicas do bebé. Assim, foram elaboradas as seguintes hipóteses gerais:

Hipótese geral 1 – Variáveis da perceção materna face ao papel materno, face ao bebé pré-termo e face ao período pós-parto dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável “depressão pós-parto”.

Hipótese geral 2 – Variáveis pediátricas do bebé pré-termo dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável “depressão pós-parto”.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Definição de variáveis**

Nesta investigação a variável dependente (VD) é a depressão pós-parto.

As variáveis independentes são: percepção materna face ao papel materno (VI1); percepção materna face ao bebé pré-termo (VI2); percepção materna face ao período pós-parto (VI3); variáveis pediátricas do bebé pré-termo (VI4).

#### **3.2. Operacionalização de variáveis**

Foi selecionado um conjunto de questionários para avaliar cada uma das variáveis referidas. De seguida, será apresentada uma breve explicação sobre cada um deles, assim como a variável relevante para esta investigação que cada um permitiu medir. Em anexo encontram-se todos os testes utilizados e todas as autorizações de utilização (Anexos G a V), assim como as diversas análises de consistência interna efetuadas (Anexo 4).

##### **3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi construído especificamente para este estudo (Anexo G). Através dele foram recolhidas informações como a data de nascimento da participante, nacionalidade, os seus estatutos socioeconómico, conjugal e laboral e a sua história obstétrica. Sobre o pai do bebé, recolheram-se informações como a sua data de nascimento, nacionalidade, escolaridade, estatuto conjugal, número de relações e filhos de relações anteriores. Foram, também, recolhidos dados sobre a gravidez do bebé que está a ser acompanhado na Consulta de Desenvolvimento, o que incluiu se foi planeada, desejada e vigiada medicamente, qual a periodicidade da vigilância, se a mãe se sentiu apoiada durante essa gravidez, se existiram complicações físicas e/ou psicológicas, tipo de parto e se existiram complicações durante o parto. Sobre o bebé, foram recolhidos dados como o sexo, a data de nascimento, o peso ao nascer, o índice de Apgar, a unidade de internamento, o tipo de cuidados prestados durante o internamento e a idade no momento da alta. Finalmente, foram recolhidos dados relativos ao pós-parto, o que inclui a frequência com que a mãe visitava o bebé enquanto este estava internado, a dificuldade em lidar com a situação de prematuridade, a percepção de dificuldade em interagir com o bebé, a possibilidade de amamentação, a percepção de stresse relacionado com a amamentação e a preocupação com a sobrevivência do bebé.

Desta forma, obtiveram-se inúmeros dados para controlar o impacto das variáveis em estudo e foram recolhidos alguns dados relativos a variáveis independentes referidas anteriormente, nomeadamente: “perceção materna face ao período pós-parto” (VI3), mais precisamente sobre a “perceção de stresse em relação à amamentação” e “variáveis pediátricas do bebé pré-termo” (VI4), como a “idade do bebé no momento da alta” e o “peso do bebé ao nascer”.

### **3.2.2. Escala de Sentimento de Competência Parental**

A Escala de Sentimento de Competência Parental (ESCP) é uma escala de autorrelato, composta por 17 itens e cuja resposta é solicitada numa escala de Likert de 6 pontos. Foi adaptada para a população portuguesa por Ferreira, Veríssimo, Santos, Fernandes e Cardoso (2011). Esta versão baseia-se na *Parenting Sense of Competence Scale* de Johnston e Mash (1989), autores que reformularam uma escala original de 1978 dos autores Gibaud-Wallston e Wandersman. Tem como objetivo fornecer uma medida de autoestima parental, existindo uma escala para mães e outra para pais (Johnston & Mash, 1989). Permite avaliar a autoperceção de competência parental, enquanto domínio geral, e os três fatores que a compõem: Eficácia, Satisfação e Interesse (Ferreira et al., 2011). A subescala Eficácia (itens 1, 6, 7, 10, 11, 13 e 15) refere-se ao grau no qual os pais se sentem competentes para resolver problemas relacionados com o filho, a subescala Satisfação (itens 3, 4, 5, 9 e 16) indica o grau no qual os pais se sentem ansiosos, frustrados e pouco motivados para o desempenho do papel de pais e a subescala Interesse (itens 2, 12 e 14) refere-se ao interesse dos pais pelo papel parental. Os itens 1, 6, 7, 10, 11, 13, 15 e 17 devem ser invertidos.

Num estudo de Ferreira e colaboradores (2014), as subescalas Satisfação e Eficácia mostraram uma boa consistência interna ( $\alpha = .74$  e  $\alpha = .94$ , respetivamente). No entanto, o valor encontrado para a subescala Interesse não revelou uma boa consistência interna ( $\alpha = .53$ ), razão pela qual esta subescala foi excluída de análises sucessivas.

No presente estudo, foi utilizada a versão da ESCP para mães (Anexo H) com o objetivo de recolher dados sobre a variável independente “perceção materna face ao papel materno” (VII), nomeadamente sobre a “perceção de eficácia para a maternidade” (subescala Eficácia) e sobre a “satisfação com o papel materno” (subescala Satisfação). Os valores encontrados para a consistência interna foram os seguintes: .645 (Eficácia), .716 (Satisfação), .378 (Interesse). Os itens 16 e 9 da subescala Satisfação foram retirados para se obter uma boa consistência interna. Quanto à subescala Interesse, esta foi excluída das análises executadas, assim como a



escala completa que, sem os itens da subescala Interesse, mostrou uma consistência fraca ( $\alpha = .534$ ).

### **3.2.3. Escalas da Culpa e da Vergonha**

As Escalas da Culpa e da Vergonha (ECV) foram originalmente desenvolvidas por Harder e Greenwald (1999) e estão incluídas no Questionário de Sentimentos Pessoais (Harder & Zalma, 1990). Para o presente estudo, foi utilizada uma adaptação portuguesa da referida escala, elaborada por Geada e Francisco (Francisco, 2003; Geada, 2003). O objetivo das Escalas da Culpa ( $\alpha = .72$ ) e da Vergonha ( $\alpha = .78$ ) é fornecer uma medida da tendência (ou propensão) para a culpa e para a vergonha. É constituída por 22 itens e as respostas são solicitadas numa escala do tipo Likert de 5 pontos, que vai desde 0 – “nunca sinto” até 4 – “sinto sempre ou quase sempre”. As dimensões/subescalas Culpa e Vergonha são compostas por oito itens cada (culpa – 2, 4, 6, 7, 8, 11, 17 e 22; vergonha - 1, 3, 10, 12, 14, 16, 18 e 21;). Os restantes 6 itens (5, 9, 13, 15, 19 e 20) são itens neutros.

A amostra do presente estudo permitiu verificar que a subescala Culpa (Anexo J) tem uma boa consistência interna ( $\alpha = .874$ ), tendo sido utilizada para recolher dados relativos à variável independente “perceção materna face ao papel materno” (VI1), mais concretamente sobre a variável específica “culpa”.

### **3.2.4. Questionário de Características do Bebê**

O Questionário de Características do Bebê (CQB) é uma adaptação do *Infant Characteristics Questionnaire*, formulado originalmente por Bates, Freeland e Lounsbury (1979), com o intuito de recolher informação acerca da perceção parental sobre o temperamento do seu bebé. Existem três versões: 6 meses (4-6 meses), 13 (11-20 meses) e 24 meses (21-32 meses). É um instrumento de autorrelato, composto por 32 itens que devem ser avaliados segundo uma escala de Likert de sete pontos.

No contexto desta investigação, foi utilizada uma versão portuguesa (Anexo M) adaptada por Soares, Rangel-Henriques e Dias em 2010 e validada para por Carneiro, Dias, Magalhães, Soares, Rangel-Henriques, Silva, Marques e Baptista (2013). Os autores sugerem que a solução fatorial mais adequada é composta por três fatores, nomeadamente: a) “difícil”, que indica a emocionalidade negativa, avaliando o grau de dificuldade média da criança ( $\alpha = .81$ ; itens 1, 2, 3, 5, 6, 12, 13, 17, 21, 27 e 32); b) “persistente”, que avalia o grau em que a criança persiste na concretização de determinados objetivos ( $\alpha = .73$ ; itens 15, 24, 25, 28, 29, 30 e 31) e c)

“adaptação negativa à mudança/não sociável” que se refere ao grau de responsividade social do bebê e ao grau em que se adapta a novas situações, pessoas e objetos ( $\alpha = .72$ ; itens 4, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 18, 20, 22 e 26). Os itens 14, 19 e 23 não se incluem em nenhum dos fatores.

A versão portuguesa foi pensada para mães de bebês com idades entre os 12 e os 18 meses, mas apenas alguns itens não puderam ser respondidos pelas mães de bebês de idades inferiores incluídos na amostra do presente estudo. Todos esses itens pertenciam à subescala “persistente”, razão pela qual foi excluída da análise de regressão. As restantes escalas apresentaram uma boa consistência interna (“difícil” -  $\alpha = .864$ ; “adaptação negativa à mudança/não sociável” -  $\alpha = .852$ ). Assim, o QCB foi utilizado para recolher dados sobre a variável independente “perceção materna face ao bebê pré-termo” (VI2), mais concretamente sobre a “perceção do grau de dificuldade do bebê”, através da subescala “difícil”, e a “perceção de responsividade e sociabilidade do bebê”, através da subescala “adaptação à mudança/não sociável”.

### **3.2.5. Questionário da Diferença Bebê Imaginário vs. Bebê Real**

O Questionário da Diferença Bebê Imaginário vs. Bebê Real (QDBIBR, Anexo O) foi desenvolvido por Chagas, Maltez e Miranda, em 2013 (Chagas, 2014; Miranda, 2014; Costa, 2015) no âmbito das suas Dissertações de Mestrado. Tem como objetivo avaliar a discrepância entre a representação que a mãe tem do bebê nos períodos pré e pós-natal. Esta escala é constituída por 30 itens, de resposta do tipo Likert de 6 pontos, variando entre “discordo completamente” e “concordo completamente”, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a uma maior discrepância entre as conceções do bebê imaginário e do bebê real. De acordo com a análise fatorial, 22 dos 30 itens compõem quatro fatores e explicam 47.84% da variância. Esses fatores são designados por Chagas, Maltez, Miranda e Justo (2015), de acordo com o seu conteúdo, da seguinte forma: F1 – perceção da mãe sobre as expressões emocionais positivas do bebê ( $\alpha = .881$ , itens 3, 4, 5, 10, 15, 22, 28 e 30); F2 – medos das mães relacionados com o significado do comportamento do seu bebê ( $\alpha = .850$ , itens 6, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26 e 29); F3 – comportamentos apelativos do bebê ( $\alpha = .783$ , itens 1, 2, 9, 11, 23 e 27). O quarto fator não é possível de utilizar, uma vez que é composto apenas por dois itens (7, 14). A escala completa tem uma consistência interna muito boa ( $\alpha = .921$ ).

No presente estudo, o QDBIBR foi utilizado para recolher dados relativos à variável independente “perceção materna face ao bebê pré-termo” (VI2). Todas as subescalas e a escala

completa revelaram consistências internas adequadas: F1 ( $\alpha = .853$ ), F2 ( $\alpha = .811$ ), F3 ( $\alpha = .654$ ), escala completa ( $\alpha = .923$ ).

### **3.2.6. Escala de Satisfação com o Suporte Social**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS, Anexo Q) foi desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999) com o objetivo de medir a percepção de suporte social. Para o autor, a percepção de suporte social é uma dimensão fundamental nos processos emocionais e cognitivos que se ligam ao bem-estar e à qualidade de vida.

A ESSS é uma escala de autorrelato, constituída por 15 itens, cuja resposta é solicitada numa escala de Likert de 5 pontos (desde 1 – “discordo totalmente” até 5 – “concordo totalmente”). Quatro itens que devem ser classificados por ordem inversa: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15 (Pais-Ribeiro, 2011).

É considerada uma escala sensível e válida e a consistência interna da escala total é .85 (Pais-Ribeiro, 2011). A análise fatorial dos itens fez emergir alguns fatores, resultando em quatro subescalas, que traduzem que a escala total avalia os seguintes aspetos do suporte social: Satisfação com os amigos (SA – 3, 12, 13, 14, 15;  $\alpha = .83$ ), que mede a satisfação com as amizades/amigos; Intimidade (IN – 1, 4, 5, 6;  $\alpha = .74$ ), que mede a percepção da existência de suporte social íntimo; Satisfação com a família (SF – 9, 10, 11;  $\alpha = .74$ ), que mede a satisfação com o suporte social familiar e Atividades sociais (AS – 2, 7, 8;  $\alpha = .64$ ), que mede a satisfação com as atividades sociais. Mas o fator que melhor explica o resultado completo da ESSS é o primeiro fator - Satisfação com amizades/amigos - com mais de metade da variância total explicada.

No âmbito desta investigação, esta escala foi utilizada para recolher dados relativos à variável independente “percepção materna face ao período pós-parto” (VI3), mais especificamente sobre a “percepção de apoio social”. A análise da consistência interna concluiu uma boa consistência da escala completa ( $\alpha = .884$ ) e das subescalas SA ( $\alpha = .793$ ), IN ( $\alpha = .804$ ) e SF ( $\alpha = .879$ ) e uma consistência aceitável da subescala AS ( $\alpha = .698$ ).

### **3.2.7. Escala de Percepção de Stresse**

A Escala de Percepção de Stresse (EPS, Pais-Ribeiro & Marques, 2009) é a adaptação portuguesa da *Perceived Stress Scale*, originalmente formulada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983). Segundo os três autores, esta escala é uma medida global de stresse que

serve para avaliar o grau em que as situações na vida de um indivíduo são avaliadas por si próprio como stressantes.

A versão da EPS utilizada nesta investigação (Anexo S) tem 13 itens (que devem ser respondidos segundo uma escala de Likert de 5 pontos), menos um que a versão original. Os itens 4, 5, 6, 7, 9 e 10 necessitam de ser invertidos. A consistência interna da escala completa encontrada no estudo de adaptação ( $\alpha = .88$ ) foi boa (Pais-Ribeiro & Marques, 2009). No entanto, para esta investigação, foi necessária a exclusão de dois itens (4 e 12) para se obter uma boa consistência ( $\alpha = .775$ ).

O objetivo da sua utilização prendeu-se com a recolha de dados relativos à variável independente “perceção materna face ao período pós-parto” (VI3), nomeadamente sobre “stressse percebido”.

### **3.2.8. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo**

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é um instrumento de autorrelato, constituído por 10 itens, que foi originalmente formulado por Cox, Holden e Sagovsky (1987). O objetivo desta escala é identificar rapidamente mães que pareçam estar a sofrer de depressão pós-parto. Os autores referem que este teste não é um substituto de uma avaliação clínica compreensiva, mas que pode ser utilizado numa fase primária como um indicador, ajudando no despiste. O que os seus dados sugerem é que as mulheres cujas pontuações ficam acima de um limiar de 12/13 pontos se encontram mais propensas a apresentar uma doença depressiva de gravidade variável e, nesses casos, a avaliação deve ser aprofundada para que se possa confirmar o diagnóstico. As respostas são cotadas de 0 a 3, sendo que os itens 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 devem ser invertidos.

A versão utilizada na presente investigação (Anexo U) é uma adaptação portuguesa elaborada por Augusto e publicada por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo (1996). Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996) comprovaram as boas qualidades psicométricas desta versão da EPDS na avaliação de mães ( $\alpha = .85$ ), concluindo que este é um bom instrumento de despiste da depressão pós-parto em mães portuguesas. Com a presente amostra, a consistência interna encontrada foi similar ( $\alpha = .851$ ). Desta forma, a EPDS foi utilizada para recolher informações sobre a variável dependente “depressão pós-parto”.

### **3.3. Hipóteses específicas**

HE1 – A variável independente “percepção de eficácia para a maternidade” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE2– A variável independente “satisfação com o papel materno” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE3 – A variável independente “culpa” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE4 – A variável independente “percepção do grau de dificuldade do bebé” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE5 – A variável independente “percepção de responsividade e sociabilidade do bebé” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE6 – A variável independente “percepção da mãe sobre as expressões emocionais positivas do bebé” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE7 – A variável independente “medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebé” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE8 – A variável independente “comportamentos apelativos do bebé” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE9 – A variável independente “diferença entre o bebé imaginário e o bebé real” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE10 – A variável independente “percepção de apoio social” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE11 – A variável independente “stressse percebido” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE12 – A variável independente “percepção de stresse em relação à amamentação” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE13 – A variável independente “idade do bebé no momento da alta” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

HE14 – A variável independente “peso do bebé ao nascer” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão pós-parto”.

### **3.4. Procedimento**

As mães foram abordadas na sala de espera da Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa onde foi explicado o presente estudo, as condições de participação e entregue a Folha de Informação à Participante (Anexo D). As mães que aceitaram participar assinaram um Consentimento Informado (Anexo E). De seguida, iniciou-se a recolha de dados, preferencialmente de forma presencial, através de uma única entrevista com uma duração aproximada de 30 minutos. O primeiro instrumento aplicado foi sempre o Questionário Sociodemográfico e Clínico, que foi preenchido pela investigadora. De seguida, foi solicitado o preenchimento presencial e individual dos questionários: Escala de Sentimento de Competência Parental (Ferreira, Veríssimo, Santos, Fernandes & Cardoso, 2011), Escalas da Culpa e da Vergonha (Geada, 2003), Questionário de Características do Bebé (Carneiro, Dias, Magalhães, Soares, Rangel-Henriques, Silva, Marques & Baptista, 2013), Questionário da Diferença Bebé Imaginário vs. Bebé Real (Chagas, Maltez, Miranda & Justo, 2015), Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999), Escala de Percepção de Stresse (Pais-Ribeiro & Marques, 2009) e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996). A maioria das mães preferiu, devido a questões de tempo, levar para casa alguns dos questionários, num envelope previamente endereçado à investigadora, e após o preenchimento, colocou-os no correio.

Durante todo este processo, foram respeitadas as decisões assumidas pelas participantes e foi adotada uma atitude adequada de forma a evitar pressões ou embaraços por parte das participantes e esclarecendo qualquer dúvida que tenha surgido. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, uma vez que não foram recolhidos dados pessoais que permitam identificar as participantes e que os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente no âmbito desta investigação.

## **4. Resultados**

### **4.1. Tratamento de dados**

A análise estatística dos dados recolhidos foi feita através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão vinte e dois. Iniciou-se o tratamento dos dados pela transformação das diversas variáveis categoriais em variáveis dicotómicas, de forma a possibilitar a sua análise. Em seguida, a estatística descritiva permitiu caracterizar a amostra (Anexo 1) e as variáveis psicométricas (Anexo 2). Numa fase seguinte, foram estudadas as distribuições normais de todas as variáveis utilizadas na análise de regressão e encontraram-se algumas que se afastam significativamente da normalidade, nomeadamente: escolaridade da mãe, idade do pai, escolaridade do pai, número total de gravidezes, número de abortos, número de filhos de relações anteriores do pai, tempo de gestação em semanas, QDBIBR\_F3 e ESSS\_SF. Estas variáveis foram submetidas à análise dos Q-Q plots, a qual mostrou que os desvios em causa não são suficientemente dilatados para inviabilizar a análise de regressão múltipla (Anexo 3). Depois, verificou-se a consistência interna de todos os testes utilizados, através do cálculo dos diversos alfas de Cronbach (Anexo 4). Prosseguiu-se com o estudo da multicolineariedade, onde se eliminaram variáveis que apresentassem multicolineariedade com outras variáveis. Como critério, procurou-se conseguir valores para a tolerância superiores a .1 e para o VIF inferiores a 10. Por fim, concluiu-se o tratamento de dados utilizando regressões lineares múltiplas para testar as diversas hipóteses.

### **4.2. Caracterização da amostra**

A amostra do presente estudo é constituída por 25 mães de bebés pré-termo (nascidos antes das 37 semanas de gestação), com idades entre os 26 e os 45 anos ( $M = 36.28$ ,  $DP = 4.89$ ). A grande maioria das participantes é portuguesa (92%) e é casada ou vive em união de facto (96%), as restantes são solteiras. A duração média das suas relações é de 11.08 anos ( $DP = 6.50$ ). A escolaridade média é de 14.92 anos ( $DP = 4.04$ ). A maioria (72%) vive com o companheiro, o bebé e outros filhos do casal. Apenas 4% não vive com o pai do bebé. Em relação ao estatuto socioeconómico, 56% foi classificada no nível superior, 28% no nível médio superior, 12% no nível médio e 4% no nível médio inferior.

Quanto aos pais dos bebés, a maioria é de nacionalidade portuguesa (92%) e as suas idades variam entre 29 e 47 anos ( $M = 37.24$ ,  $DP = 5.54$ ). A escolaridade média é de 13.40 anos ( $DP = 4.41$ ). Em relação ao estatuto conjugal, 96% são casados ou vivem em união de facto. Sete pais (28%) têm filhos de relações anteriores.

Sobre a história obstétrica das participantes, a média de gravidezes é de 1.88, 52% foi entrevistada após a sua primeira gravidez, 28% tiveram um aborto, 8% tiveram dois e 56% das mulheres foram entrevistadas após uma gravidez gemelar sendo recolhidos dados acerca das duas díades. Todas as gravidezes foram vigiadas, 80% foram planeadas e 88% desejadas, sendo que 96% das participantes iniciaram a vigilância antes das 12 semanas. Em relação à periodicidade, 40% tiveram consultas semanais ou bissemanais e as restantes 60% tiveram consultas mensais ou com outra periodicidade. Foram relatadas complicações maternas durante a gravidez por 52% das participantes (ex. ansiedade, hipertensão, hemorragias, pré-eclampsia, diabetes gestacionais, stress laboral) enquanto 44% relataram complicações para o bebé (ex. atraso de crescimento intrauterino, citomegalovírus).

Em relação ao parto, nesta amostra, 12% tiveram um parto vaginal sem epidural, 16% um parto vaginal com epidural, 68% uma cesariana com epidural e 4% tiveram cesariana com anestesia geral. Entre as cesarianas, 55.6% foram realizadas de urgência, enquanto as restantes foram planeadas. As complicações durante o parto foram relatadas por 12% das mães.

No momento da recolha, os bebés das participantes tinham entre dois e catorze meses de idade cronológica. As idades selecionadas relacionaram-se com o aparecimento da sintomatologia associada a depressão pós-parto, geralmente, por volta do segundo ou terceiro mês e de a sua remissão acontecer, aproximadamente, após o primeiro ano de vida do bebé. Todos os bebés são acompanhados na Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa devido à sua situação de prematuridade. Em média, o tempo de gestação na altura do nascimento foi de 32 semanas ( $DP = 2.33$ ). Nessa altura, o peso médio dos bebés foi de 1685.84g ( $DP = 488.80$ ); 4% dos bebés pertence à categoria Peso Extremamente Baixo ao Nascer ( $< 1000\text{gr}$ ), 36% à categoria Peso Muito Baixo ao Nascer (1001gr-1500gr) e, por fim, 60% à categoria Peso Baixo ao Nascer (1501gr-2500gr).

Nesta amostra, 60% dos filhos das participantes são do sexo feminino e os restantes 40% do sexo masculino. Em média, estiveram 29.32 dias internados ( $DP = 23.86$ , min. = 3 dias, max. = 122). No internamento, 64% dos bebés estiveram nos cuidados intensivos e depois nos cuidados intermédios, 28% apenas nos intermédios e 8% apenas no berçário. Assim, 92% das mães estiveram afastadas dos seus bebés, sendo que, destas mães, 87% visitaram os seus bebés diariamente e 13% fizeram uma visita quase diária ou de outro tipo. Em relação aos cuidados ao bebé, das 25 participantes, 88% participaram nos cuidados durante o internamento e 48% praticaram o canguru, sendo que 60% relataram ter lidado bem ou muito bem com a situação de prematuridade durante o internamento, enquanto 40% situaram-se no espectro das dificuldades em lidar com a situação. Sobre o momento atual, 76% relata lidar muito bem com



a prematuridade e 24% lidar bem. Sobre as mães que estiveram afastadas dos seus bebês, 43.5% diz que o seu grau de preocupação enquanto o bebê esteve na incubadora foi muito elevado, enquanto 56.5% diz que foi elevado ou nem muito nem pouco elevado.

Sobre a amamentação, apenas 8% dos bebês pôde mamar assim que nasceu, sendo que, em média, foi preciso esperar 19.87 dias (DP = 12.32) até a amamentação acontecer. Cerca de 40% das mães nunca amamentaram os seus bebês. Atualmente, 24% ainda amamenta. Sobre a amamentação, a avaliação subjetiva de 48% das mães é que esta foi muito stressante ou stressante, enquanto as restantes 52% diz ter sido nem muito nem pouco stressante, pouco stressante ou nada stressante.

### 4.3. Testagem de hipóteses

Como em todas as hipóteses a variável dependente é a depressão pós-parto, esta passará a ser designada pela sigla DPP.

#### 4.3.1. Testagem de HE1

É possível verificar na Tabela 1 que a hipótese HE1 foi confirmada. A variável independente “perceção materna de eficácia para a maternidade” (7º modelo), dá um contributo significativo ( $p = .034$ ) para a explicação da variável dependente “DPP”.

Tabela 1. Análise de regressão linear de HE1

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.259	.067	-.066	4.465	.067	.503	3	21	.685
2	.523	.273	.031	4.256	.206	1.705	3	18	.202
3	.831	.691	.536	2.944	.417	10.799	2	16	.001
4	.909	.826	.652	2.552	.135	2.324	4	12	.116
5	.909	.826	.620	2.665	.000	.002	1	11	.965
6	.945	.893	.716	2.306	.068	2.849	2	9	.110
7	.970	.941	.823	1.818	.048	6.478	1	8	.034

#### 4.3.2. Testagem de HE2

Nesta hipótese específica, a variável independente é a “satisfação com o papel materno”. A hipótese foi confirmada (Tabela 2), uma vez que o último modelo dá um contributo significativo ( $p = .002$ ) para a explicação da variável dependente “DPP”.

Tabela 2. Análise de regressão linear de HE2

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.259	.067	-.066	4.465	.067	.503	3	21	.685
2	.423	.179	-.037	4.403	.112	1.296	2	19	.297
3	.633	.401	.101	4.100	.222	1.972	3	16	.159
4	.758	.575	.215	3.831	.174	1.775	3	13	.201
5	.794	.630	.259	3.721	.055	1.780	1	12	.207
6	.863	.744	.387	3.386	.115	2.246	2	10	.156
7	.955	.913	.767	2.088	.168	17.304	1	9	.002

#### 4.3.3. Testagem de HE3

A hipótese específica HE3 não foi confirmada, tal como é possível verificar na Tabela A, que se encontra no Anexo 7. A variável independente “culpa” não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “DPP”. ( $p = .795$ ).

#### 4.3.4. Conclusão da testagem de HE1, HE2 e HE3

A testagem das hipóteses específicas 1, 2 e 3 permitiu tirar conclusões sobre a relação entre as perceções maternas face ao papel materno e a depressão pós-parto. As variáveis “perceção de eficácia para a maternidade” e “satisfação com o papel materno”, ambas dimensões da competência parental, mostram ter um contributo significativo na explicação da DPP nesta amostra. No entanto, a perceção materna sobre a “sua culpa” no momento da recolha não ajuda a explicar a mesma variável.

#### 4.3.5. Testagem de HE4

Como é possível verificar na Tabela B (Anexo 8), HE4 não foi confirmada, uma vez que a introdução da variável “percepção do grau de dificuldade do bebê” (Modelo 7) não dá um contributo significativo para explicar a variável dependente DPP ( $p = .831$ ).

#### 4.3.6. Testagem de HE5

Não foi confirmada HE5, como é possível observar na Tabela C (Anexo 9). A variável “percepção de responsividade e sociabilidade do bebê” não dá um contributo significativo na explicação da variável dependente “DPP” ( $p = .689$ ).

#### 4.3.7. Testagem de HE6

A testagem da HE6 permitiu concluir que esta não se confirma. A variável “percepção da mãe sobre as expressões emocionais positivas do bebê” não dá um contributo significativo para a explicação da DPP ( $p = .125$ ), tal como é possível verificar na Tabela D (Anexo 10).

#### 4.3.8. Testagem de HE7

A hipótese específica 7 confirma-se, uma vez que a variável “medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebê” dá um contributo significativo na explicação da variável dependente “DPP” ( $p = .003$ ). Tal é possível verificar na Tabela 3 onde o sétimo modelo corresponde à introdução da variável independente em questão.

Tabela 3. Análise de regressão linear de HE7

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>		Erro padrão da Alteração			Sig.	
			ajustado	estimativa	de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Alteração F
1	.259	.067	-.066	4.465	.067	.503	3	21	.685
2	.423	.179	-.037	4.403	.112	1.296	2	19	.297
3	.531	.282	-.014	4.354	.103	1.217	2	17	.321
4	.803	.645	.344	3.501	.363	3.322	4	13	.044
5	.862	.743	.439	3.238	.098	2.097	2	11	.169
6	.885	.784	.424	3.282	.041	.856	2	9	.457
7	.965	.932	.796	1.953	.148	17.413	1	8	.003

#### 4.3.9. Testagem de HE8

É possível verificar na Tabela E (Anexo 12) que a variável independente “comportamentos apelativos do bebé” não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “DPP” ( $p = .069$ ) pelo que a hipótese não foi confirmada.

#### 4.3.10. Testagem de HE9

A variável independente “diferença entre o bebé imaginário e o bebé real” dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “DPP” ( $p = .009$ ). Assim, HE9 confirma-se. Tal é possível ser verificado na Tabela 4.

Tabela 4. Análise de regressão linear de HE9

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão estimativa	da Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.259	.067	-.066	4.465	.067	.503	3	21	.685
2	.423	.179	-.037	4.403	.112	1.296	2	19	.297
3	.531	.282	-.014	4.354	.103	1.217	2	17	.321
4	.803	.645	.344	3.501	.363	3.322	4	13	.044
5	.862	.743	.439	3.238	.098	2.097	2	11	.169
6	.885	.784	.424	3.282	.041	.856	2	9	.457
7	.955	.912	.736	2.221	.128	11.642	1	8	.009

#### 4.3.11. Conclusão da testagem de HE4, HE5, HE6, HE7, HE8 e HE9

A testagem de HE4 a HE9 permitiu concluir que a relação entre as perceções maternas face ao bebé pré-termo e a depressão pós-parto se confirma de forma parcial.

As variáveis do temperamento do bebé, “perceção do grau de dificuldade do bebé” e “perceção de responsividade e sociabilidade do bebé”, não mostraram ter um contributo significativo na explicação da variável “DPP”. Assim, a relação entre a perceção materna face ao temperamento do bebé pré-termo na faixa etária considerada e a DPP não se confirma.

Sobre as restantes variáveis, apenas a variável “medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebé” e a variável “diferença entre o bebé imaginário e o bebé real” dão um contributo significativo para a explicação da variável dependente. Desta

forma, a relação entre a percepção materna face à diferença entre o bebé imaginário e o bebé real, nascido pré-termo, foi parcialmente confirmada. A relação dá-se apenas com a dimensão “medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebé” que parece ter grande importância, uma vez que a escala total é significativa, embora três das suas quatro subescalas não o sejam.

#### 4.3.12. Testagem de HE10

A hipótese relativa à relação entre a percepção de apoio social e a DPP foi parcialmente confirmada. Através da Escala de Satisfação com o Suporte Social, foram avaliadas quatro dimensões do suporte social, sendo que apenas duas mostraram dar um contributo significativo para a explicação da variável dependente “DPP”.

Na Tabela 5 é possível verificar que a inclusão da dimensão “atividades sociais” (AS) no sétimo modelo permitiu obter um valor significativo ( $p = .037$ ).

Tabela 5. Análise de regressão linear de HE10 em relação a AS

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.259	.067	-.066	4.465	.067	.503	3	21	.685
2	.423	.179	-.037	4.403	.112	1.296	2	19	.297
3	.531	.282	-.014	4.354	.103	1.217	2	17	.321
4	.788	.621	.350	3.484	.339	4.179	3	14	.026
5	.860	.739	.478	3.123	.118	2.715	2	12	.107
6	.885	.782	.478	3.124	.043	.995	2	10	.403
7	.932	.869	.651	2.555	.087	5.951	1	9	.037

Em relação à dimensão “intimidade” (IN), esta também se mostrou significativa ( $p = .021$ ), como é possível verificar na Tabela 6.

Tabela 6. Análise de regressão linear de HE10 em relação a IN

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	da Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.251 <sup>a</sup>	.063	-.022	4.372	.063	.738	2	22	.490
2	.417 <sup>b</sup>	.174	.008	4.306	.111	1.340	2	20	.284
3	.504 <sup>c</sup>	.254	.006	4.312	.081	.972	2	18	.397
4	.803 <sup>d</sup>	.644	.390	3.377	.390	3.837	4	14	.026
5	.845 <sup>e</sup>	.714	.429	3.267	.070	1.476	2	12	.267
6	.856 <sup>f</sup>	.733	.360	3.458	.019	.357	2	10	.709
7	.926 <sup>g</sup>	.857	.618	2.671	.123	7.761	1	9	.021

As dimensões “satisfação com a família” (SF;  $p = .064$ ) e “satisfação com os amigos” (SA;  $p = .501$ ) não apresentam valores significativos ao serem incluídas no modelo, como é possível verificar, respetivamente, na Tabela F (Anexo 16) e na Tabela G (Anexo 17).

Por fim, a escala completa mostrou contribuir significativamente para a explicação da variável dependente ( $p = .004$ ), tal como é possível verificar na Tabela 7.

Tabela 7. Análise de regressão linear de H10 em relação à escala completa da ESSS

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	da Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.235	.055	-.039	4.433	.055	.582	2	20	.568
2	.381	.145	-.045	4.445	.090	.948	2	18	.406
3	.496	.246	-.037	4.427	.101	1.070	2	16	.366
4	.741	.548	.236	3.801	.302	2.902	3	13	.075
5	.833	.694	.389	3.399	.146	2.630	2	11	.117
6	.836	.698	.263	3.733	.004	.059	2	9	.944
7	.947	.897	.716	2.317	.198	15.365	1	8	.004

Desta forma, verifica-se que o tipo de apoio social que é significativo na explicação da DPP em mães de bebés pré-termo parece relacionar-se mais com o apoio prestado pelo parceiro (intimidade e partilha de atividades sociais). O apoio prestado pela família apresenta um valor marginal, quase significativo, parecendo funcionar como transição entre o apoio do companheiro (significativo) e o dos amigos (não significativo). O facto de a escala total

contribuir significativamente para a explicação da DPP, embora duas subescalas não sejam significativas, parece salientar a importância do apoio social na relação íntima e nas atividades sociais.

#### 4.3.13. Testagem de HE11

A testagem de H11 permitiu confirmar a importância da variável “stresse percebido” na explicação da variável dependente “DPP”. Na Tabela 8, é possível verificar que a introdução da variável em causa, no sétimo modelo, se traduz num valor significativo ( $p = .028$ ).

Tabela 8. Análise de regressão linear de HE11

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.259	.067	-.066	4.465	.067	.503	3	21	.685
2	.423	.179	-.037	4.403	.112	1.296	2	19	.297
3	.531	.282	-.014	4.354	.103	1.217	2	17	.321
4	.803	.645	.344	3.501	.363	3.322	4	13	.044
5	.862	.743	.439	3.238	.098	2.097	2	11	.169
6	.885	.784	.424	3.282	.041	.856	2	9	.457
7	.942	.887	.660	2.523	.103	7.229	1	8	.028

#### 4.3.14. Testagem de HE12

A hipótese específica 12 parece confirmar-se parcialmente. Em algumas das diversas análises de regressão linear efetuadas, a variável “perceção de stresse materno em relação à amamentação” revelou dar um contributo significativo para a explicação da variável dependente “DPP”. A relação foi encontrada exclusivamente quando se considerou na análise as dimensões da Eficácia e da Satisfação do ESCP e quando se considerou a dimensão F1 (perceção da mãe sobre as expressões emocionais positivas do bebé) do QDBIBR.

#### 4.3.15. Conclusão da testagem de HE10, HE11 e HE12

A testagem das hipóteses específicas 10, 11 e 12 permitiu tirar conclusões sobre a relação entre as perceções da mãe sobre o período pós-parto e a DPP, confirmando-se parcialmente a hipótese inicial. Tanto a perceção materna sobre o apoio social (nas dimensões intimidade e

atividades sociais) como a percepção materna de stresse revelaram dar um contributo significativo para a explicação da DPP nesta amostra. Quanto à percepção de dificuldade com a amamentação, esta revelou ter um contributo significativo apenas quando consideradas em análise duas dimensões referentes à percepção materna sobre o papel materno (eficácia e satisfação) e uma dimensão referente à percepção materna sobre o bebé pré-termo (percepção da mãe sobre as expressões emocionais positivas do bebé, tendo em conta a diferença entre o bebé real e o bebé imaginário).

#### **4.3.16. Testagem de HE13**

As diversas análises de regressão múltipla permitiram confirmar parcialmente HE13. A variável “idade do bebé no momento da alta” mostrou dar um contributo significativo para a explicação da variável dependente apenas em algumas situações, nomeadamente quando considerada a percepção materna de stresse (EPS) e as dimensões intimidade, atividades sociais e suporte familiar da percepção materna de suporte social (ESSS).

#### **4.3.17. Testagem de HE14**

A variável “peso do bebé ao nascer” não revelou dar um contributo significativo para a explicação da variável “DPP” em nenhuma das diversas análises de regressão linear efetuadas com esta amostra. Assim, a HE14 não foi confirmada.

#### **4.3.18. Outras associações encontradas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a depressão pós-parto**

Algumas variáveis sociodemográficas revelaram dar um contributo significativo face à DPP em muitas das análises de regressão efetuadas, nomeadamente: “número de interrupções gravídicas” (quando consideradas ECV\_Culpa, ESCP\_Eficácia, ESCP\_Satisfação, ESSS\_SA, QCB\_Adaptação, QCB\_Difícil, QDBIBR\_F1); “complicações na gravidez para o bebé” (quando consideradas ECV\_Culpa, ESCP\_Eficácia, ESCP\_Satisfação, ESSS\_AS, ESSS\_SA, QCB\_Adaptação, QCB\_Difícil, QDBIBR\_F1) e “sexo do bebé” (ECV\_Culpa, ESCP\_Eficácia, ESSS\_SF, QCB\_Adaptação, QCB\_Difícil, QDBIBR\_F1, QDBIBR\_F2, QDBIBR\_Total).



#### **4.3.19. Conclusão da testagem das hipóteses HE13 e HE14 e das restantes variáveis sociodemográficas e clínicas**

A hipótese geral 2, relativa à relação entre as variáveis pediátricas do bebé e a depressão pós-parto parece confirmar-se parcialmente. Nenhuma variável pediátrica mostrou dar um contributo significativo para a explicação da variável “DPP” em todas as análises de regressão linear efetuadas. No entanto, as variáveis “idade do bebé no momento da alta”, “complicações na gravidez para o bebé” e “sexo do bebé” mostraram-se significativas quando conjugadas com variáveis específicas, como foi explicitado anteriormente. Além disso, a variável “número de interrupções gravídicas”, relativa à história gravídica da mulher, emergiu, igualmente, em diversas análises como dando um contributo significativo para a explicação da variável “DPP”.



## **5. Discussão**

A análise estatística dos dados permitiu confirmar parcialmente as hipóteses gerais. Percebeu-se que apenas algumas das percepções maternas e das variáveis pediátricas avaliadas se relacionam com a sintomatologia depressiva desta amostra de mães de bebês pré-termo.

### **5.1. As percepções maternas e a sintomatologia depressiva pós-parto**

Neste estudo foram considerados três tipos de percepções maternas: percepções face ao papel materno, percepções face ao bebê pré-termo e percepções face ao período pós-parto.

#### **5.1.1. A percepção materna face ao papel materno**

Em relação às percepções face ao papel materno, foram considerados dois tipos: a percepção de competência para a maternidade e a culpa sentida pela mãe.

Os resultados mostraram que a percepção de competência materna se relaciona com a depressão pós-parto, uma vez que as suas duas dimensões – eficácia e satisfação – dão um contributo significativo para a explicação da variável dependente em causa. Tal conclusão é congruente com a literatura. Por exemplo, um artigo recente mostrou que quanto mais negativa é a percepção da mãe acerca de si própria e da sua capacidade para cuidar do seu bebê nascido pré-termo, maior a sua predisposição para apresentar sintomatologia depressiva no período pós-parto (Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker & Vohr, 2016). A dimensão eficácia, avaliada através do mesmo questionário utilizado na presente investigação, foi igualmente associada à presença de sintomatologia depressiva em mães de bebês de termo (Karp, Lutenbacher & Wallston, 2015). Um outro estudo refere que a depressão pós-parto se associa à insatisfação com o papel materno quando a criança tem doze meses (Edhborg, Seimyr, Lundh & Widström, 2000).

Em relação à culpa sentida pela mãe, esta não mostrou estar associada à depressão pós-parto. Embora a literatura refira que as vivências específicas das mães que têm um bebê pré-termo tendem a exacerbar os seus sentimentos de culpa (ex. Olshtain-Mann & Auslander, 2008) e que as mulheres com depressão pós-parto tendem a experienciar culpa por não amarem ou cuidarem suficientemente bem dos seus bebês (ex. Pitt, 1968), a associação entre a culpa e a depressão não foi encontrada nesta amostra. Assim, a culpa sentida no momento da avaliação parece não ter um papel importante. No entanto, não se exclui a hipótese de que a culpa

experienciada noutro momento, por exemplo após o parto pré-termo ou durante o internamento, possa ter um papel importante na explicação da sintomatologia depressiva.

### **5.1.2. A percepção materna face ao bebé pré-termo**

Neste estudo foram considerados dois tipos de percepções maternas face ao bebé pré-termo: percepção do temperamento do bebé e percepção de diferença entre o bebé imaginário e o bebé real. A hipótese relativa à associação entre estas percepções maternas e a depressão pós-parto foi parcialmente confirmada.

Em relação à percepção do temperamento, foram consideradas duas dimensões – a percepção do grau de dificuldade do bebé e a percepção de responsividade e sociabilidade do bebé. Com a presente amostra, nenhuma das duas dimensões mostrou estar associada com a depressão pós-parto. A literatura sobre este tema mostra que a prematuridade se relaciona com a percepção materna do temperamento (ex. Fuertes, Faria, Fink & Barbosa, 2011) e que uma percepção de temperamento mais difícil se associa com sintomatologia materna do tipo depressivo (ex. Edhborg, Seimyr, Lundh & Widström, 2000). No entanto, a associação entre a percepção de temperamento e a depressão pós-parto não foi encontrada na amostra do presente estudo.

Sobre a percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real, a hipótese foi parcialmente confirmada. A análise estatística permitiu perceber que, das várias dimensões consideradas, apenas os medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebé se associam à depressão pós-parto. Parece não ser o comportamento do bebé em si, mas sim a percepção que a mãe tem desse comportamento que introduz a associação. Na presente amostra, quando a mãe tem medo que o comportamento do bebé tenha um significado negativo há mais sintomatologia depressiva. Neste contexto, é possível pensar, por exemplo, numa mãe que percebe o seu filho como sendo menos sorridente do que imaginava (conteúdo de um dos itens da subescala em causa) e que tem muito medo que essa característica se deva à sua incapacidade para fazer o seu filho feliz.

### **5.1.3. A percepção materna face ao período pós-parto**

O último tipo de percepções maternas considerado referiu-se ao período pós-parto. Foram consideradas três percepções: percepção de apoio social, percepção de stresse e percepção de stresse em relação à amamentação.

De acordo com o encontrado na literatura (ex. Faustino, 2005), confirmou-se que a percepção de apoio social é um fator protetor da depressão pós-parto. No entanto, percebeu-se que o apoio social importante se refere à relação íntima e à partilha de atividades sociais. De facto, a importância do apoio social fornecido pelo companheiro já foi referida num estudo de Milgrom e colaboradores (2008), neste caso no período pré-natal. É difícil encontrar estudos que se refiram ao apoio marital no período pós-parto, uma vez que maioria dos estudos focam a satisfação marital de forma geral. Segundo vários autores, uma maior insatisfação tende a estar associada a mais sintomatologia depressiva (ex. Clout & Brown, 2016). Para concluir, parece importante salientar que na literatura é possível encontrar um estudo em que a percepção materna de autoeficácia surgiu como mediador da relação entre o suporte social geral e a depressão pós-parto (Zhang & Jin, 2014).

Quanto à associação entre a percepção materna de stresse e a depressão pós-parto, esta foi igualmente confirmada. Este resultado está de acordo com o descrito na literatura (ex. Reid & Taylor, 2015). As mães dos bebés pré-termo estão, em geral, mais expostas a situações causadoras de stresse do que as mães de bebés pré-termo. Uma percepção elevada de stresse está associada à presença de mais sintomatologia do tipo depressivo.

Por fim, foi considerada a percepção de stresse em relação à amamentação. A variável mostrou dar um contributo significativo para a explicação da sintomatologia depressiva apenas quando conjugada com as variáveis referentes à percepção de eficácia, à satisfação e à percepção da mãe sobre as expressões emocionais positivas do bebé (QDBIBR\_F1). Os dados apontam no sentido de que a percepção de stresse com a amamentação tem um papel importante na compreensão da depressão pós-parto quando a mulher se percebe a si própria como menos eficaz, quando está menos satisfeita com o papel materno e quando há uma maior diferença entre a percepção imaginada e real das expressões positivas do bebé.

## **5.2. As variáveis pediátricas e obstétricas e a sintomatologia depressiva materna no período pós-parto**

Em relação à segunda hipótese geral, sobre a relação entre as variáveis pediátricas e a depressão pós-parto, várias foram as conclusões retiradas. A idade do bebé no momento da alta dá um contributo significativo na explicação da variável “depressão pós-parto” apenas nas análises de regressão linear efetuadas com variáveis sobre as percepções maternas de stresse e de apoio social. De facto, parece fazer sentido que o tempo de internamento se relacione com uma maior percepção de stresse, pois está associado a uma pior condição física do bebé. Por

outro lado, pode criar uma maior necessidade de apoio social, mas também provocar um maior afastamento entre a mãe e a sua rede social, devido à necessidade de estar com o bebé. A importância do tempo de internamento na explicação da depressão pós-parto já foi igualmente referida em estudos anteriores (ex. Rogers, Kidoro, Wallendorf & Inder, 2013). No entanto, Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker e Vohr (2016) afirmam que os dias de internamento, que estão associados à saúde física do bebé, parecem contribuir para as perceções maternas. Assim, os autores consideram que o internamento prolongado é geralmente associado a uma percepção materna de pior saúde do bebé e que é essa percepção que se associa com a depressão pós-parto.

Em relação ao peso do bebé na altura do nascimento, este não foi associado à sintomatologia depressiva materna no período pós-parto. Este achado não é congruente com o encontrado na literatura. Por exemplo, Vigod, Villegas, Dennis e Ross (2010) encontraram uma associação entre baixo peso do bebé à nascença e depressão pós-parto nas mães. É possível que o efeito exista, mas não tenha emergido devido à maioria dos bebés das participantes (64%) terem estado internados nos cuidados intensivos. Talvez uma amostra com distribuições similares de bebés nos diversos tipos de internamento possa permitir o aparecimento da associação.

O sexo do bebé mostrou-se importante na explicação da sintomatologia depressiva materna quando consideradas as variáveis “culpa”, “eficácia”, “satisfação com a família”, as variáveis do temperamento do bebé e as variáveis relativas à diferença entre o bebé imaginário e o bebé real (exceto F3). O estudo estatístico da média das duas amostras (sexo feminino e sexo masculino) permitiu verificar que as mães de bebés do sexo masculino desta amostra têm uma média de sintomatologia depressiva significativamente mais elevada do que as mães de bebés do sexo feminino ( $t = -2,639$ ,  $p = .018$ ). Tal poderá ser verificado no Anexo 20. Embora alguns estudos anteriores refiram que o sexo do bebé não se relaciona com a depressão pós-parto (ex. Sylvén, Papadopoulos, Mpazakidis, Ekselius, Sundström-Poromaa & Skalkidou, 2011) outros encontraram uma associação similar à do presente estudo (ex. Tychev et al., 2008). Uma possível explicação para o efeito prende-se com o facto de um bebé do sexo masculino parecer dificultar a identificação narcísica da mulher e poder despertar conflitos resultantes de relações com figuras masculinas importantes do seu passado ou presente (Tychev et al., 2008).

Sobre a importância das complicações de saúde do bebé ocorridas durante a gravidez na explicação da sintomatologia depressiva, esta foi verificada em diversas das análises realizadas. Este achado está de acordo com a literatura, onde, por exemplo, a associação entre o atraso de crescimento intrauterino (ACIU) já foi associada a pior saúde mental materna no período pós-

parto (Prick et al., 2015). No nosso estudo, 76% das participantes que tiveram complicações durante a gravidez devido a problemas de saúde relativamente ao bebé, referiram que a complicação foi do tipo ACIU. Uma vez que esta associação foi encontrada apenas na presença de diversas variáveis da percepção materna face ao papel materno, face ao bebé pré-termo e face ao período pós-parto, é possível que as complicações para o bebé impulsionem percepções mais negativas de si e do bebé, assim como aumentem a necessidade de um bom suporte social.

Por fim, houve uma variável clínica da história obstétrica materna que se mostrou importante na explicação da sintomatologia depressiva, nomeadamente o número de interrupções de gravidez. Esta associação não é totalmente nova, uma vez que já foi referida em publicações anteriores (ex. Giannandrea, Cerulli, Anson & Chaudron, 2013). Tal parece importante na medida em que passar por um aborto pode ser difícil e trágico (Colman & Colman, 1994). Mesmo quando acontece numa etapa inicial da gravidez, pode ser equivalente à perda de um bebé, mediante a conceptualização que a mulher fez do produto da concepção. Frequentemente surgem sentimentos de culpa e inadequação relacionados com a incapacidade e defeito dos órgãos reprodutivos e, em gravidezes futuras, medo e ansiedade.





## **6. Conclusão**

A experiência de dar à luz um bebê que tem de ser internado sobre alta vigilância é potencialmente traumática e pode levar a mãe a experimentar estados emocionais capazes de afetar as suas cognições, as suas percepções, o seu humor e os seus comportamentos (Twohig, Molloy & McNicholas, 2012).

Ao longo deste estudo foi possível perceber como as vivências específicas das mães dos bebês pré-termo podem influenciar as suas percepções sobre si próprias enquanto mães, sobre o bebê e sobre o período pós-parto. A análise estatística permitiu perceber que algumas dessas percepções estão associadas com a sintomatologia depressiva materna. Umas já são bem conhecidas na literatura (ex. percepção de suporte social), mas outras são relativamente novas (ex. medos da mãe relacionados com o significado do comportamento do bebê). Também algumas variáveis pediátricas e obstétricas foram associadas à depressão pós-parto.

De acordo com o proposto, conseguiu-se aprofundar o conhecimento sobre as vivências e percepções das mães de bebês pré-termo enquanto fatores que as predispõem para o aparecimento de sintomatologia depressiva no período pós-parto. Tal verifica-se de grande importância, uma vez que estas mães se encontram em maior risco de desenvolverem sintomatologia desse tipo do que as mães da população geral. O conhecimento alargado permite repensar a intervenção junto desta população. Conhecer as percepções e as variáveis que se associam ao desenvolvimento da depressão pós-parto dá a possibilidade de trabalhá-las e adequá-las, com o objetivo de estimular experiências mais positivas e saudáveis de maternidade.

### **6.1. Limitações do estudo**

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta. Relativamente à recolha de dados, esta aconteceu na sala de espera da Consulta de Desenvolvimento da MAC e, portanto, num local muito movimentado. É possível que algumas das mães não se tenham sentido confortáveis em falar sobre as temáticas do questionário sociodemográfico, o único instrumento preenchido pela investigadora. No entanto, procurou-se que as participantes se sentissem o mais confortáveis possível, tendo em conta as condições disponíveis. Além disso, algumas mulheres escolheram permanecer junto dos companheiros durante o preenchimento, sendo que tal poderá ter influenciado algumas das suas respostas. Muitas vezes, o preenchimento foi interrompido devido às consultas e exames dos bebês e

muitas mulheres solicitaram o envelope que lhes permitiria terminar o preenchimento em casa. Assim, como algumas mulheres terminaram o preenchimento em casa e outras preencheram tudo na MAC, os dados não foram recolhidos sempre de forma idêntica. Além disso, muitas foram as mães que concordaram participar no estudo, levaram consigo os envelopes e não os devolveram. Talvez o elevado número de questionários tenha condicionado a disponibilidade de resposta. Assim, a amostra conseguida foi uma amostra reduzida, razão pela qual todos os resultados devem ser interpretados com cautela e não generalizados a populações diferentes.

## **6.2. Pistas para investigações futuras**

Em futuras investigações será importante melhorar as condições de recolha de dados e garantir que as respostas são sempre recolhidas em condições semelhantes. Para tal, talvez seja pertinente seleccionar um conjunto mais reduzido de questionários. Além disso, a recolha de uma amostra maior parece de enorme importância para a confirmação das conclusões da presente investigação. Uma amostra maior e com maior heterogeneidade em algumas características (por exemplo, estatuto conjugal ou unidade de internamento neonatal) permitirá a inclusão na análise estatística de algumas variáveis que parecem pertinentes.

Investigações futuras poderão, ainda, aumentar o conhecimento desta temática se avaliarem alguns aspetos tidos em conta nesta investigação de forma diferente. Por exemplo, a influência da amamentação poderá ser abordada de forma a que sejam incluídas, por exemplo, as expectativas e desejos das mães durante a gravidez. Outro aspeto importante prende-se com a construção de um instrumento psicométrico que avalie a culpa não em termos gerais, mas especificamente o sentimento em relação à vivência específica das mães. Um estudo do tipo longitudinal permitirá, ainda, perceber se determinadas variáveis medidas noutro momento estão ou não relacionadas com a depressão pós-parto.

## 5. Referências bibliográficas

Almeida, M. (2004). Grupo Criar-Te: A criatividade em UTI neonatal. In R. Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 191-200). São Paulo: Casa do Psicólogo.

APA (2015). Postpartum Depression.

<http://www.apa.org/pi/women/programs/depression/postpartum.aspx>

Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 30-35.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E. & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.

Bates, J. E., Freeland, C. A. B., & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficulty. *Child Development*, 50, 794-803.

Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.

Behrman, R. & Butler, A. (2007). *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington (DC): The National Academies Press.

Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 231-236. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0821

Bittar, R. & Zugaib, M. (2009). Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(4), 203-209.  
doi:10.1590/S0100-72032009000400008

Blum, L. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 45-62.

Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A Relação mais Precoce: Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brisch, K., Bechinger, D., Betzler, S. & Heinemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment & Human Development*, 5(2), 120-135.

Broedsgaard, A. & Wagner, L. (2005). How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review*, 52, 196-203.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-9). Lisboa: Fim de Século.

Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade. Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.

Carneiro, A., Dias, P., Magalhães, C., Soares, I., Rangel-Henriques, M., Silva, J., Marques, S. & Baptista, J. (2013). Assessment of temperament at 13 and 24 months using maternal report: validation of the Portuguese version of the Infant Characteristics Questionnaire. *Journal of Human Growth and Development*, 23(1), 71-79.

Castral, T., Fujinaga, C., Warnock, F., Silva, A., Ribeiro, L. & Scochi, C. (2012). Readiness of Preterm Infants to Start Breastfeeding. In D. Contreiras & J. Sampaio (Eds.), *Preterm Infants: Development, prognosis and potential complications* (pp. 55-71). New York: Nova Science Publishers.

Chagas, C. (2014). *Bebé imaginário vs. Bebé real: Qual a influência na perceção materna dos comportamentos do recém-nascido e no nível de confiança nos cuidados a prestar ao bebé?* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Chagas, C., Maltez, P., Miranda, S. & Justo, J. (2015). The “Questionnaire of the Difference Imaginary Baby vs. Real Baby”: A new instrument for the evaluation of differences between prenatal and postnatal maternal perceptions after delivery. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 29-38.

Clout, D. & Brown, R. (2016). Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety and depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(4), 322-34.

- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Correia, M. J. (2005). Gravidez e Maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.
- Costa, P. (2015). *A Perceção Materna da Diferença entre o Bebê Imaginário e Bebê Real segundo o número de gestações, o estado emocional e as experiências obstétricas anteriores*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Cox, J. L. (1996). Perinatal mental disorder--A cultural approach. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 9.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cutrona, C. (1982). Nonpsychotic post-partum depression – A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2(49), 487-500.
- Davim, R., Enders, B. & Silva, R. (2010). Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(3), 713-718.
- Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W., & Widstrom, A. (2005). "Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 261–267. doi: 10.1080/14034940510005725
- Epperson, C. N. (1999). Postpartum major depression: Detection and treatment. *American Family Physician*, 59(8), 2247-2262.
- Faustino, R. (2005). *Influência do apoio social e factores da personalidade materna no desenvolvimento de depressão pós-parto*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., Santos, A. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e

domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2(32), 145-156.

Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A., Fernandes, C. & Cardoso, J. (2011). Escala de Sentimento de Competência Parental: Análise confirmatória do modelo de medida numa amostra de pais portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 147-155.

Figueiredo, B. (2001a). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, B. (2001b). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22(3), 329-339.

Fleck, A. & Piccinini, C. (2013). O bebé imaginário e o bebé real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14-30.

Francisco, V. (2003). Trabalho de Investigação em Psicologia Clínica, Licenciatura em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Fuertes, M., Justo, J., Barbosa, M., Leitão, L., Gonçalves, J., Pedro, G. & Sparrow, J. (2012). Infants prematurely born: Socio-emotional development and early intervention. In D. Contreiras & J. Sampaio (Eds.), *Preterm Infants: Development, prognosis and potential complications* (pp. 87-111). New York: Nova Science Publishers.

Fuertes, M., Faria, A., Fink, N. & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyads with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 79-86.

Geada, M. (2003). *Questionário de Sentimentos Pessoais*. Manuscrito da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Giannandrea, S., Cerulli, C., Anson, E. & Chaudron, L. (2013). Increased Risk for Postpartum Psychiatric Disorders Among Women with Past Pregnancy Loss. *Journal of Women's Health*, 22(9), 760-768. doi: 10.1089/jwh.2012.4011

Gondwe, K. & Holditch-Davis, D. (2015). Posttraumatic stress symptoms in mothers of preterm infants. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 8-17.

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 26-35. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x

Hall, J. (2015). *Women's Health Communication: High-risk pregnancy and premature birth narratives*. London: Lexington Books.

Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V. & Sandler, M. (1992). Links between early postpartum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), 777–780. doi: 10.1192/bjp.160.6.777

Harder, D. & Greenwald, D. F. (1999). Further validation of the shame and guilt scales of Harder's personal feelings questionnaire – 2. *Psychological Reports*, 85, 271-281.

Harder, D. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 729-745.

Hawes, K., McGowan, E., O'Donnell, M., Tucker, R. & Vohr, B. (2016). Social Emotional Factors Increase Risk of Postpartum Depression in Mothers of Preterm Infants. *Journal of Pediatrics*, 1-7. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.07.008

Helle, N., Barkmann, C, Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., ... & Bindt, C. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 180, 154-161.

Huysman, A. (2003). *The postpartum effect: Deadly Depression in mothers*. New York: Seven Stories Press.

Jefferies, A. (2012). Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatric Child Health*, 17(3), 141-143.

Johnson, A. (2007). The maternal experience of kangaroo holding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(6), 568–573.

Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.

Jones, E. & Spencer, S. (2007). Optimising the provision of human milk for preterm infants. *Archives of Disease in Childhood – Fetal & Neonatal Edition*, 92, 236-238.

- Kantrowitz-Gordon, I., Altman, M. & Vandermause, R. (2016). Prolonged Distress of Parents After Early Preterm Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 45(2), 196-220. doi:10.1016/j.jogn.2015.12.004
- Karp, S., Lutenbacher, M., & Wallston, K. (2015). Evaluation of the Parenting Sense of Competence Scale in Mothers of Infants. *Journal of Child & Family Studies*, 24(11), 3474-3481. doi:10.1007/s10826-015-0149-z
- Korja, R. (2009). *Early relationship between very preterm infant and mother: The role of infant, maternal and dyadic factors*. University of Turku.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Bjorkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen, L. & PIPARI study group (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 97, 724-730.
- Kramer, M., Séguin, L., Lydon, J. & Goulet, L. (2000). Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14, 194-210.
- Langerock, N., Hanswijck de Jonge, L., Graz, M., Hüppi, P., Tolsa, C. & Barisnikov, K. (2013). Emotional reactivity at 12 months in very preterm infants born at <29 weeks of gestation. *Infant Behavior and Development*, 36, 289-297. doi:10.1016/j.infbeh.2013.02.006
- Lau, C. (2012). Development of Oral Feeding Skills in Preterm Infant. In V. Preedy (Ed.). *Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease* (pp. 499-512), 1. London: Springer.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Concoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 388-397 doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Maia, P., Silva, L., Oliveira, M. & Cardoso, M. (2011). Desenvolvimento motor de crianças prematuras e a termo – uso da Alberta Infant Motor Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 670-675.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1(21), 85-94.



Martins, C. & Gaffan, E. A. (2000). Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant–Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737–746.

McManus, B. & Poehlmann, J. (2012). Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior & Development*, 35, 489-498.

Mehler, K., Mainusch, A., Hucklenbruch-Rother, E., Hahn, M., Hünseler, C. & Kribs, A. (2014). Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant’s motor repertoire. *Early Human Development*, 90, 797-801.

Ment, L., Vohr, B., Allan, W., Katz, K., Schneider, K., Westerveld, M., Duncan, C. & Makuch, R. (2003). Change in cognitive function over time in very low-birth-weight infants. *Journal of the American Medical Association*, 289(6), 705-711.

Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D. & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147–157. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014

Miranda, S. (2014). *Perceção das mães adolescentes sobre a diferença entre o bebé imaginário e o bebé real e o seu envolvimento afetivo*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Moe, V., Braarud, H., Wentzel-Larsen, T., Slinning, K., Vannebo, U., Guedeney, A, ... & Smith, L. (2016). Precursors of social emotional functioning among full-term and preterm infants at 12 months: Early infant withdrawal behavior and symptoms of maternal depression. *Infant Behavior & Development*, 44, 159-168.  
doi: 10.1016/j.infbeh.2016.06.012

Montirosso, R., Borgatti, R, Trojan, S., Zanini, R. & Tronick, E. (2010). A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 347-368.

Muller-Nix, C. & Ansermet, F. (2009). Prematurity, Risk factors and Protective factors. In C. Zeanah. *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 180-196). New-York: The Guilford Press.

- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145 – 158.
- Nascimento, M. & Issler, H. (2003). Breastfeeding: Making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Revista Hospitalar Clinica da Faculdade de Medicina de S. Paulo*, 58(1), 49-60.
- Neri, E., Agostini, F., Salvatori, P., Biasini, A., Monti, F. (2015). Mother-preterm infant interactions at 3 months of corrected age: influence of maternal depression, anxiety and neonatal birth weight. *Frontiers in Psychology*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01234
- Obeidat, H., Bond, E. & Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199
- Olshtain-Mann, O. & Auslander, G. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health and Social Work*, 33(4), 299-308.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação Com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A avaliação do Stresse: A propósito de um estudo de adaptação da Escala de Perceção de Stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 237-248.
- Pitt, B. (1968). “Atypical” depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Prick, B., Bijlenga, D., Jansen, A., Boers, K., Scherjon, S., Koopmans, C., ... & Duvekot, J. (2015). Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 185, 88-95.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K. & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87. doi:10.1016/j.jad.2008.05.003

Reid, K. & Taylor, M. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*, 54, 246-262.

Reis, N. (2003). De Feto a Bebê. In E. Sá (Ed.), *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp. 15-32). Lisboa: Fim de Século.

Rogers, C., Kidokoro, H., Wallendorf, M. & Inder, T. (2013). Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *Journal of Perinatology*, 33, 171-176.

Sá, E. (2003). Psicologia do Feto. In E. Sá (Ed.), *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp. 85-100). Lisboa: Fim de Século.

Salonen, A., Pridham, K., Brown, R. & Kaunonen, M. (2014). Impact of an internet-based intervention on Finnish mothers' perceptions of parenting satisfaction, infant centrality and depressive symptoms during the postpartum year. *Midwifery*, 30, 112-122.

Silva, E. & Botti, N. (2005). Depressão puerperal – uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2(7), 231-238.

Sousa, S. (2003). A Saúde do Feto. In E. Sá (Ed.), *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp. 39-65). Lisboa: Fim de Século.

Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. London: Karnac Books.

Stern, D. (1998). *The birth of a mother: how the motherhood experiences changes you forever*. New York: Basic Books.

Sylvén, S., Papadopoulos, F., Mpazakidis, V., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I. & Skalkidou, A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 195-201.

doi: 10.1007/s00737-011-0211-9

Trevarthen, C. (2010). What Is It Like to Be a Person Who Knows Nothing? Defining the Active Intersubjective Mind of a Newborn Human Being. *Infant and Child Development*, 20, 119-135. doi: 10.1002/icd.689

- Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 95-131.
- Twohig, A., Molloy, E. & McNicholas, F. (2012). Preterm infant mental health: The attachment and social-emotional development of preterm infants. In D. Contreiras & J. Sampaio (Eds.), *Preterm Infants: Development, prognosis and potential complications* (pp. 1-37). New York: Nova Science Publishers.
- Tychev, C., Briançon, S., Lighezzolo, J., Spitz, E., Kabuth, B., Luigi, V., ...& Vincent, S. (2008). Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 312-322. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01911.x
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Mohammadi, E. & Arzani, A. (2014). Continuous and multiple waves of emotional responses: Mother's experience with a premature infant. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 340-348.
- Vigod, S., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. (2010). Postpartum depression among women with preterm, low birth weight and very low birth weight infants: A systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(5), 540-550. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x.
- Wadhwa, P. (2001). Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(2), 17-29.
- Winnicott, D. (1949). Birth memories, birth trauma and anxiety. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis – Collected Papers* (pp. 174-193). London: Karnac.
- World Health Organization (2015). Infant and young child feeding. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
- World Health Organization (2014). Preterm birth. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Yurdakul, Z., Akman, I., Kuşçu, M., Karabekiroglu, A., Yaylalı, G., Demir, F. & Özek, E. (2009). Maternal Psychological Problems Associated with Neonatal Intensive Care Admission. *International Journal of Pediatrics*, 2009. doi: 10.1155/2009/591359.

Zhang, Y. & Jin, S. (2014). The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology, 1*(7).  
doi: 10.1177/1359105314536454

Zornig, S., Morsch, D., & Braga, N. (2004). Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal? In R. Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 165-174). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zubaran, C. & Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in Southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare, 4*, 9-15. doi: 10.1016/j.srhc.2012.12.001